جامعة الخليج العربي



كليـــة الدراسات العليا

برنـــامج الإعاقة الذهنية والتوحد



أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنياً لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت

رسالة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة
(تخصص الإعاقة الذهنية)

إعـــــداد

فيصل محمد نهار مناحي العجمي

بكالوريوس التربية في علم النفس، جامعة الكويت، دولة الكويت،2003م

إشـــــراف

د. فتحي السيد عبدالرحيم
أستاذ ببرنامج الإعاقة
الذهنية والتوحد
جامعة الخليج العربي

د. مريم عيسى الشيراوي
أستاذ مساعد ببرنامج
الإعاقة الذهنية والتوحد
جامعة الخليج العربي

مملكـــة البحــــــرين

جمادي الأول 1428 هـ

يونيو 2007م

بسم الله الرحمن الرحيم

الرحمن {[illegible]} علم القرآن {[illegible]}

خلق الإنسان {جميع الحقوق محفوظة}علمه البيان {تهانينا}

صدق الله العظيم

الرحمن / ([illegible] - تهانينا)

إهداء

إلى من زرع حب العلم في قلبي وسقاه بتشجيعه . . . . . أبي حفظه الله

إلى سحابة صيفي الممطرة . . . . أمي رعاها الله

إلى شمس شتائي الدافئة . . . . زوجتي حماها الله

إلى عصافير جنتي . . . أبنائي محمد وعبيد ومنيرة وفاطمة والجوهرة

إلى أطفال معهد التربية الخاصة وأولياء أمورهم . . . . وفقهم الله جميعاً

إلى كل نبض إنساني صادق . . . يتحرك . . . في صدورنا . . . ليزهر حباً

وحناناً وراحة وعطاء للإنسانية . . . .

إليكم جميعاً أهدي رسالتي

الباحث

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الخلق وسيد المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه ومن تبعه بإحسان إلى يوم الدين.

بعون من الله وتوفيقه تم الانتهاء من هذه الرسالة، ولا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة الأفاضل الذين تفضلوا بالإشراف على هذه الرسالة، وهما الأستاذ الدكتور فتحي السيد عبدالرحيم، والدكتورة مريم عيسى الشيراوى، حيث كانت لتوجيهاتهم وإرشاداتهم وتشجيعهم المستمر أبلغ الأثر في إخراج الرسالة بالصورة الحالية، فلهم كل الشكر والتقدير والمحبة.

و الشكر موصول إلى سعادة الدكتورة رفيعة بنت غباش على دعمها اللا محدود وآرائها وتوجيهاتها السديده طوال فترة الدراسة. كما اشكر الدكتور علي لوري على جهوده، والأستاذ الفاضل محمود عبدالعال على مساعدته في التحليلات الإحصائية لنتائج الدراسة، كما اخص بالشكر الاستاذه غادة البوفلاس على ما بذلتة من جهد ومتابعة لي طوال الفتره السابقة. وكذلك اشكر إدارة مدارس التربية الخاصة بدولة الكويت ومدراء المدارس ومساعديهم والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين على تعاونهم ومساعدتهم خلال فترة تطبيق أدوات الدراسة.

وأود أن أوجه شكري وتقديري إلى والدي الكريمين امد الله في عمرهما لما قدماه من اهتمام ورعاية، وإلى الزوجة الغالية على صبرها وتحملها وتشجيعها المتواصل طوال فترة الدراسة، وإلى أبنائي الأعزاء الذين تحملوا بعدى عنهم وكانوا لي منبع القوة والاستمرار.

وفى الختام أوجه الشكر والتقدير إلى إخواني وإلى كافة الأهل والأصدقاء وإلى الإخوة الزملاء رفقاء درب العلم على نصائحهم وتعاونهم المتواصل، وأخص اخي فهد راكان العجمي و اخي عثمان العبد الله وإلى كل من قدم العون والمساعدة والنصيحة طوال الفترة الماضية.

الباحث

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنيا لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على أبعاد الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المعاقون ذهنياً من وجهة نظر المعلمين وأولياء الأمور.

وقد حاولت الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

1- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من المعلمين وأولياء الأمور في أبعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، وهل يختلف مستوى الإساءة المحتملة باختلاف الجنس؟

2- هل تختلف أبعاد الإساءة المحتملة لدى كل من من المعلمين وأولياء الأمور باختلاف عمر وجنس الطفل المعاق ذهنياً؟

3- ما ابرز أبعاد الإساءة التي تميز المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال معاقين ذهنياً؟

تشمل عينة الدراسة الحالية (41) معلماً ومعلمة من العاملين في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات بواقع (21) معلماً، (20) معلمة، كما تشمل عينة الدراسة (30) أباً وأماً بواقع (16) أب, (14) أم, لديهم أطفال من فئة الإعاقة الذهنية البسيطة والملتحقين في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات التابعة لمدارس التربية الخاصة بدولة الكويت، وتشمل الدراسة على مجموعتين من الأطفال أحداهما تتراوح أعمارهم من (6-9) سنوات وعددهم 32, والأخرى تتراوح أعمارهم من (9-12) سنة وعددهم (39).

وقد استخدم الباحث في الدراسة الأداة التالية:

مقيــــاس الإســــاءة المحتملــــة للطفــــل The Child Abuse Potential Inventoryمن إعداد Joel S.Milner (2006) (تعريب الباحث).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- بالنسبة إلى السؤال الأول:

يتبين من نتائج السؤال الأول عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجمــوعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) في أبعاد الإساءة للطفل المعــاق ذهنيــاً، ولكــن وجدت فروق بين جنس كل من المعلمين وأولياء الأمور،حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الإساءة المحتملة لدى الذكور من كلا المجموعتين أعلى منــه لــدى الإناث، ويعزي الباحث الارتفاع لدى الذكور عنه لدى الإناث في عينة الدراسة إلى العوامل الثقافية والاجتماعية .

2- بالنسبة إلى السؤال الثاني:

فقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى دلالة أقل من 0.001 في مقياس الإساءة بين (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب عمر الطفل المعاق ذهنيا الأمر الذي يشير إلى أن عمر الطفل المعاق يؤثر على مســتوى الإساءة المحتملة لدى أفراد العينة وهذه الفروق كانت من خــلال النتــائج لصــالح المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال من الفئة العمرية (9-12) كــانوا أكثــر إساءة. ويرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية فكلما كان الطفل اكبر سناً فان مشكلاته السلوكية تصبح أكثر ظهوراً وتعقيداً وتنعكس بالتالي على الأسرة والمعلمــين مــن حيث الضغوط النفسية. إضافةً إلى عدم القدرة والخبــرة بالتعامــل مــع الأطفــال المعاقين، مما يدفعهم لممارسة الإساءة ضدهم سواء البدنية أو النفسية.

3 - بالنسبة إلى السؤال الثالث:

فقد أشارت نتائج التحليل التميزي إلى عدم وجود دلالة إحصائية في التمييــز بين مجموعتي الدراسة الأمر الذي يشير إلى أن هذه الأبعاد لها نفس الأثــر لكــلا المجموعتين من حيث الإساءة المحتملة للطفل المعاق ذهنيا ويمكن أن تكون مهمــة في تقصي أسباب الإساءة لدى مجموعتي الدراسة.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

- مقدمة
- مشكلة الدراسة
- أسئلة الدراسة
- هدف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

مقدمة:

يعد موضوع الإعاقة قديم قدم البشر أنفسهم، على اعتبار أن القدرات والصفات الإنسانية تتوزع بين البشر بطريقة إعتدالية، بين طرف لديه الصفة أو القدرة بدرجة كبيرة وطرف آخر تنقص لديه الصفة أو القدرة نقصا كبيرا (محمد الشناوي، 1997).

وتشير الأدبيات والمراجع إلى أن الأساليب المتبعة في معاملة المعوقين وخاصة المعوقين ذهنيا كانت تتم بصورة سيئة كالضرب، أو الاحتقار، أو الربط بالسلاسل، أو الحرق، أو السجن، أو التعذيب، وغيرها من أبعاد الإساءة، وهذه الأساليب في المعاملة لم تكن قاصرة على مجتمع بعينه أو ثقافة بعينها بل إنها كانت منتشرة في كثير من المجتمعات باعتبار أن قيمة الفرد كانت تتحدد بمقدار صلاحيته لأداء وظيفة ما على الوجه الأكمل. والإنسان الصالح هو الذي يتمتع بقوى عقلية وجسمية سليمة تؤهله للبقاء (لبيبة أبو شريف، 1991).

وعليه فيمكن القول أن ظاهرة إساءة معاملة الأطفال المعاقين ليست وليدة هذا العصر فهي قديمة ولا يخلو أي مجتمع من المجتمعات الإنسانية منها، ولقد ساعد التطور الذي شهده العالم في مجال رعاية المعاقين على نمو الوعي والتفهم لوضع المعوقين كأفراد لهم حقوقهم مثل غيرهم من البشر.

ويشير طلعت منصور (2001) إلى أن الاهتمام العالمي بظاهرة الإساءة للأطفال خاصة في العقود الثلاثة الأخيرة ارتبط بتنامي الاهتمام بحقوق الطفل بشكل عام وحقوق الطفل المعوق بشكل خاص، وإقرار تلك الحقوق في صورة وثائق وتشريعات عالمية.

وعلى الرغم من كل التشريعات والمواثيق الدولية والمحلية التي صدرت لاحترام إنسانية الطفل، وتوفير المناخ المناسب له لكي ينمو نفسيا واجتماعيا وأخلاقيا، وحمايته من المعاملة السيئة بجميع أبعدها إلا أننا نلحظ في العالم العربي

تزايد معدلات الإساءة التي يتعرض لها بعض المعوقين بشكل عام والمعاقين ذهنيا بشكل خاص سواء في محيط الأسرة أو في محيط المؤسسة التربوية، أو في المجتمع بشكل عام (يوسف صلاح قطب، 1990، ص17).

تسعي الدراسة الحالية إلي بحث أبعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً في دولة الكويت، بهدف التعرف على أبعاد الإساءة التي يحتمل ان تقع على الأطفال المعاقين ذهنيا.

وتشير داليا مؤمن(1997) الى ان نتائج الدراسات التي اجريت مؤخرا على الأطفال المساء إليهم تبين أنهم قد تعرضوا للعنف او للتعدي سواء في المدرسة او المنزل ويعانون من العديد من المشكلات بسبب حالات التعدي والإساءة التي وجهت اليهم.

وعليه فقد أصبحت رعاية المعاقين ذهنياً من الجانب التربوي وتأهليهم ضرورة قومية وإنسانية قد تحتاج الي مزيد من البحث والدراسة وتكثيف الجهود وتضافرها من اجل الاستفادة منهم وتحقيقا لمبدأ تكافؤ الفرص بين جميع المواطنين حتى يسهم الجميع في بناء المجتمع كل حسب ماتسمح به امكاناته وقدراته. وتعد دراسة المشكلات التي تواجة تلك الفئة والمظاهر السلبية للتعامل معهم البداية الحقيقة للاستفادة من تلك الفئة، كما بدأت تتجه البحوث والدراسات نحو بحث أبعاد الإساءة للأطفال وكشف الآثار الناجمة عنها وإعداد البرامج لعلاج تلك الاثار.

مشكلة الدراسة:

تمثل الإساءة للأطفال مشكلة عامة تجتاح أي مجتمع من المجتمعات،حيث يعتبر موضوع الإساءة للأطفال بشكل عام من بين الموضوعات التي أثارت اهتماما واسعا وخصوصا في العقود الثلاثة الماضية نظرا للآثار السلبية التي تنجم عنها بالإضافة إلى تزايد معدلاتها حيث تشير العديد من التقارير إلى تضاعف معدلات الإساءة إلى الأطفال في الفترة الماضية في معظم المجتمعات (هدى قطان، 1999).

ونتيجة لذلك فقد نشطت في الفترة الأخيرة من القرن الماضي الدراسات والبحوث التي تناولت هذا الموضوع في مختلف دول العالم سواء المتقدم منها أو

النامي، كما صدرت الكثير من التشريعات التي تكفل حقوق الأطفال وتحميهم من الإساءة التي قد يتعرضون لها، فضلا عن برامج التوعية والبرامج التربوية والإعلامية المقدمة لهؤلاء الأطفال والتي تسعى للحيلولة دون وقوع الإساءة(احمد اسماعيل، 2001)

واذا كان الأطفال بصفة عامة معرضين للإساءة فإن الأطفال المعاقين ذهنيا معرضون و بشكل أسهل بسبب العجز الذي يعانونه وكذلك بسبب اعتمادهم علي الاخرين لتلبية احتياجاتهم، كما اصبح واضحا الان ان هناك علاقة بين اساءة المعاملة وحالات الاعاقة، كما تشير العديد من نتائج الدراسات والبحوث الي ان الاطفال الذين يعانون من اعاقة ذهنية اكثر عرضة للاساءة من الاطفال العاديين (جمال الخطيب، مني الحديدي، 2005،ص 174)

وفي هذا الصدد تشير دراسة كل من لبيبة ابو شريف(1991)، إيهاب ناشد(1991)، سيد رطروط (2001)، احمد إسماعيل (2001) إلي أن الأطفال المعاقين ذهنياً يعانون من كثير من أبعاد الإساءة في المجتمعات العربية كالاساءة البدنية والاهمال ومظاهر العنف المختلفة وهي نفس النتائج التي اشارت اليها العديد من الدراسات الاجنبية في هذا المجال مثل دراسة كل من (Zintal1987 – Marchetli1990- Bernada1991- Sheila1998- Bruce 1999)

ومع بدء الاهتمام في الوقت الحالي بدراسة المشكلات التي تواجه الأطفال المعاقين ذهنياً كان لابد أن تهيئ الفرص المتكافئة لتربيتهم ومساعدتهم على الاندماج والتكيف مع الحياة الاجتماعية ومسايرة متطلباتها اللازمة. (أمل معوض، 2003، ص83)

حيث أن الدراسات والبحوث التي تعالج موضوع الإساءة للأطفال بشكل عام والأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بشكل خاص لم تحظ بالاهتمام الكافي.

من هنا برزت مشكلة الدراسة الحالية والتي تبحث في تحديد أبعاد الإساءة التي يحتمل أن يتعرض لها الأطفال المعاقون ذهنياً في دولة الكويت، وما إذا كانت هذه الإبعاد تختلف باختلاف عدد من المتغيرات لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور تجاه هذه الإبعاد.

أسئلة الدراسة:

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن الأسئلة التالية:-

1. هل توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من المعلمين وأولياء الأمور في أبعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، وهل يختلف مستوى الإساءة المحتملة باختلاف الجنس؟
2. هل تختلف أبعاد الإساءة لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور باختلاف عمر وجنس الطفل المعاق ذهنياً؟
3. ما ابرز أبعاد الإساءة التي تميز المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال معاقون ذهنياً؟

هدف الدراسة:

تهدف الدارسة الحالية إلى التعرف على أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنيا لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت ومدى اختلافها باختلاف متغيري عمر الطفل وجنسه.

أهمية الدراسة:

تتحدد أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

1. تحاول هذه الدراسة أن تسلط الضوء على موضوع الإساءة التي قد يتعرض لها المعاقون ذهنياً في دولة الكويت.
2. الحصول على مؤشرات حول نسبة انتشار الإساءة وأبعادها تجاه الأطفال المعاقون ذهنياً في المجتمع الكويتي.
3. تعد هذه الدراسة الأولي من نوعها في مجتمع الكويت في حدود علم الباحث.

مصطلحات الدراسة:

الإساءة للطفل: Child abuse

عرفها جال Gall" بأنها أي فعل يعوق نمو الطفل النفسي والبدني، أو أي فعل أو امتناع عن الفعل يعرض سلامة الطفل وصحته البدنية والذهنية والنفسية والاجتماعية والروحية وعمليات نموه المختلفة للخطر". (في: سهى امين, 1999)

التعريف الإجرائي للإساءة:

ويقصد بالإساءة في هذه الدراسة استجابات أولياء الأمور والمعلمين على مقياس الإساءة للطفل والتي تعني الدرجة التي يحصل عليها أولياء الأمور والمعلمون على مقياس الإساءة للطفل.

الإعاقة الذهنية: Intellectual Disability

يشير مصطلح الإعاقة الذهنية حسب تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية، أنها إعاقة تتسم بالقصور الواضح في كل من الأداء الوظيفي العقلي والمهارات التكيفية والمفاهيمية والاجتماعية والعملية، وتظهر هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشر (Luckasson, et al,2002).

ويعرف الطفل المعاق ذهنيا إجرائيا: على انه الطفل الذي يكون ضمن الفئة العمرية من السادسة و الثانية عشر من فئة الإعاقة الذهنية البسيطة والملحق بأحد معاهد التربية الفكرية بدولة بالكويت.

مدارس التربية الفكريه:

هي نوع خاص من المدارس التابعة لادارة التربية الخاصة بوزارة التربية بدولة الكويت والتي تقدم خدمات تربوية خاصة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة.

معلمو التربية الخاصة:

هم المعلمون العاملون بمدارس التربية الخاصة في دولة الكويت.

أولياء الأمور:

هم أباء وأمهات التلاميذ المعاقين ذهنياً الملتحقين بمدارس التربية الخاصة بدولة الكويت.

حدود الدراسة:

الحدود البشرية:

تم تطبيق الدراسة على (71) من المعلمين وأولياء أمور الأطفال من ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة والملتحقين بمدارس التربية الفكرية بدولة الكويت.

الحدود الزمنية:

تم تطبيق الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي (2006-2007م).

الحدود المكانية:

تم تطبيق الدراسة في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات التابعة لمدارس التربية الخاصة في دولة الكويت.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري.

- مقدمة:

1- الإعاقة الذهنية.

- مصطلح الإعاقة الذهنية.
- تصنيف الإعاقة الذهنية.
- أسباب الإعاقة الذهنية.
- خصائص المعاقين ذهنيا.
- حاجات الطفل المعاق ذهنياً.
- حقوق الطفل المعاق ذهنياً.

2- الإساءة.

- أبعاد الإساءة.
- الإساءة إلى الطفل المعاق ذهنياً.
- العوامل المسببة للإساءة.
- العلاقة بين إساءة الطفل وظروف الإعاقة.
- تأثير الإساءة والعنف على الطفل المعاق ذهنياً.

ثانياً: الدراسات السابقة:

- التعليق على الدراسات.

الفصل الثاني
الإطار النظري والدراسات السابقة

مقدمة:

سيستعرض الباحث خلال هذا الفصل ثلاثة محاور رئيسية وهي: الإعاقة الذهنية، والإساءة للأطفال، والدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة الحالية التي قام على جمعها وتنظيمها لتوظيفها في دعم القضايا المطروحة في هذه الدراسة؛ فضلاً عن الاستفادة منها في تفسير النتائج التي توصلت إليها.

أولاً: الإطار النظري

- مصطلح الإعاقة الذهنية: Intellectual Disability

تعتبر ظاهرة الإعاقة الذهنية من الظواهر المألوفة على مر العصور، ولا يكاد يخلو مجتمع منها، كما تعتبر هذه الظاهرة من الظواهر التي اهتم بها العديد من العلماء ومن جميع الميادين المعرفية؛ كعلم النفس والتربية والطب والقانون وعلم الاجتماع. ولذا فليس من المستغرب أن يكون هناك تعاريف مختلفة للإعاقة الذهنية التي من بينها:

1. التعريف الطبي: الذي يعتبر من أقدم تعريفات حالة الإعاقة الذهنية، حيث يعتبر الأطباء من أوائل الذين اهتموا بتشخيص ظاهرة الإعاقة الذهنية، وقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة الذهنية، حيث كان التركيز على الأسباب المؤدية للإعاقة الذهنية سواءً أكان ذلك قبل الولادة أو بعدها أو أثنائها (خولة يحيى، 2004).
2. التعريف السيكومتري: وقد ظهر هذا التعريف نتيجةً للتطور الذي ظهر في حركة القياس النفسي على يد العالم الفرنسي بينية (Benit) عام 1905 وما بعدها، بظهور مقياس ستانفورد بينية، وبعد ذلك ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر للذكاء عام 1949م. حيث اعتمد

التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة الذهنية، فقد أعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (75) معوقون عقلياً (فاروق الروسان، 1999).

3. التعريف الاجتماعي:ظهر هذا التعريف نتيجةً إلى الانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وقدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية كمقياس فينلاند للنضج الاجتماعي (Vineland Social Maturity Scale) التي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية الذي عبر عنه بمصطلح السلوك التكيفي (جمال الخطيب، 2003).

وقد جاء تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية نتيجةً للانتقادات التي وجهت إلى التعريف السيكومتري الذي اعتمد على معيار القدرة العقلية وحدها في تعريف الإعاقة الذهنية، ونتيجةً للانتقادات التي وجهت كذلك إلى التعريف الاجتماعي الذي يعتمد على معيار الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف الإعاقة الذهنية، حيث جمع تعريف الجمعية الأمريكية بين المعيار السيكومتري والمعيار الاجتماعي وهي: "الإعاقة الذهنية نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازماً مع جوانب قصور في أثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، والعناية الشخصية، والحياة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع، والتوجيه الذاتي، والصحة والسلامة، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقضاء وقت الفراغ، ومهارات العمل والحياة الاستقلالية، ويظهر ذلك قبل سن الثامن عشرة" (Luckasson et al., 1992).

وفي عام 2002 صدر تعريف للجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية، والذي ينص على أن "الإعاقة الذهنية هي إعاقة تتسم بالقصور الواضح في كل من الوظائف العقلية والمهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعملية، ويظهر هذا القصور قبل سن 18 سنة"(Luckasson et al., 2002).

تصنيف الإعاقة الذهنية:

لقد ظهرت العديد من التصنيفات التي تصنف الإعاقة الذهنية إلى فئات حسب معايير مختلفة؛ فقد تصنف الإعاقة الذهنية بحسب درجة الذكاء، أو بحسب الشكل الخارجي أو بحسب القدرة على التعلم كالتصنيف التربوي الذي يصنفها بحسب القابلية للتعلم، أو القابلية للتدريب (نايف الزارع، 2006).

وهناك العديد من المبررات التي تؤكد على أهمية تصنيف الإعاقة الذهنية؛ والتي من بينها: أن هناك العديد من الفروق بين التلاميذ المعاقين ذهنياً كالاختلاف في مستوى قدراتهم الذهنية والسلوكية والجسمية، وفي قدرتهم على التفاعل مع الآخرين، كما يختلفون أيضاً في جملة الأسباب التي أدت إلى إعاقتهم الذهنية، إضافةً إلى ذلك فإنهم ليسوا على درجة واحدة من القدرة على التعلم والتدريب والتكيف الاجتماعي والتحكم في انفعالاتهم وعواطفهم (Rinehrt, Brereton, Tonge & King, 2003).

ويعتبر التصنيف السلوكي من أهم تصنيفات الإعاقة الذهنية لأنه يركز على السلوك الظاهر، ويمكن رصد ذلك من خلال نسب الذكاء والسلوكيات التوافقية في البيت والمدرسة والمجتمع، وقد ورد ذلك التصنيف من قبل الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية AAMR والذي صنف الإعاقة الذهنية إلى الآتي:

ويبين الجدول (1) هذه الفئات مع معاملات الذكاء المقابلة لكل فئة.

جدول (1)

تصنيف فئات الإعاقة الذهنية حسب معامل الذكاء

درجة الإعاقة	معامل الذكاء
الإعاقة الذهنية البسيطة	من 50 – 55 إلى حدود 70
الإعاقة الذهنية المتوسطة	من 35 – 40 إلى 50 – 55
الإعاقة الذهنية الشديدة	من 20 – 25 إلى 35 – 40
الإعاقة الذهنية الشديدة جداً	دون 20

(كمال مرسي، 1996)

أسباب الإعاقة الذهنية

هناك العديد من الأسباب المعروفة للإعاقة الذهنية والتي تزيد عن (200) سبب، حوالي 70% من أسباب الإعاقة الذهنية لا تزال غير معروفة، أي أن البيئة الاجتماعية الفقيرة المحرومة ترتبط بالإعاقة الذهنية خصوصاً البسيطة منها، أما أهم أسباب الإعاقة الذهنية، فهي:

1- الالتهابات : وتشمل أغشية السحايا والتهاب الدماغ للطفل أو إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.
2- الإصابة الجسمية: وتشمل الإصابة قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها، فالإصابة قبل الولادة تشير إلى أي اضطراب أو خلل يحدث منذ لحظة الإخصاب إلى لحظة الولادة، وتعتبر هذه العوامل مسئولة عن حالات الإعاقة الذهنية، وأما الإصابات التي تحدث أثناء الولادة فتشير إلى العوامل التي تحدث منذ المخاض إلى لحظة ولادة الطفل، وتكون هذه الأسباب وراء كثير من حالات الإعاقة الذهنية، وأما الإصابات التي تحدث بعد الولادة وهذه العوامل المسئولة عن حالات الإعاقة الذهنية.
3- اضطرابات عملية الأيض والتغذية: منها الاضطرابات المعروفة باسم (فينيل كيتون يوريا، والجلاكتوسيميا) وانخفاض نسبة السكر في الدم وغيرها.
4- الاضطرابات الجينية: حيث تشير بعض الدراسات أن حالات الإعاقة الذهنية قد تكون نتيجةً لعوامل وراثية، ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً (متلازمة داون) الذي يكون فيه الكروموسوم رقم (21) حاملاً لثلاثة كروسومات بدلاً من إثنين.
5- أسباب مرتبطة بسوء حالة الأم الصحية من مثل؛ سوء التغذية، وتناول العقاقير والكحول، وتسمم الحمل، والتعرض للأشعة السينية.
6- العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة: وأهم هذه الأسباب الرضوض والإصابات في أثناء الولادة، نقص الأوكسجين الذي يحدث أثناء عملية الولادة، تعرض رأس الطفل في أثناء عملية الولادة لضغط غير عادي، انسداد في مجرى التنفس لدى الطفل أثناء عملية الولادة.

7- العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة : وأهم هذه الأسباب نقص الأوكسجين أو انخفاض مستوى السكر في الدم لدى الطفل، إصابات الرأس، تناول العقاقير أو تناول المواد السامة مثل الرصاص أو الزئبق، اضطرابات مرضية يصاب بها الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة مثل استسقاء الدماغ أو الأورام (جمال الخطيب، 2003).

خصائص المعاقين ذهنيا:

إن معرفة الأطفال المعاقين بشكل عام وخصائص الأطفال المعاقين ذهنياً بشكل خاص يسهم إلى حد كبير في التعرف عليهم وتقدير حاجاتهم والعمل على تلبيتها من خلال إعداد البرامج التربوية والإرشادية المناسبة لهم, إن الأطفال المعاقين ذهنيا مجموعة غير متجانسة وبينهم فروق فردية في الخصائص والسمات تبعاً للعوامل البيئية أو الوراثية أو شدة ودرجة الإعاقة، إلا أنه وبشكل عام يمكن تصنيف خصائصهم على النحو الآتي:

1 - خصائص النمو المعرفي:

إن الخصائص النمائية المعرفية للأطفال المعاقين ذهنياً هي من أكثر ما يميز هؤلاء الأطفال عن غيرهم، فتعلم الطفل المعاق ذهنياً بطيء وقدرته على التعلم محدودة، كذلك فإنهم يتصفون بسرعة النسيان، وقدرتهم على التركيز متدنية، وقدرتهم على التعميم محدودة، كما أنهم يواجهون صعوبات في نقل أثر التعلم إلى مواقف جديدة، علاوةً على أن تعلمهم للمهارات التعليمية المجردة صعب للغاية، فهم يتعلمون عن طريق الأشياء المحسوسة وعن طريق العمل والتكرار والتسلسل المنظم (أحمد السيد إسماعيل،1995).

2 - خصائص النمو اللغوي:

تعتبر الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهراً مميزاً للإعاقة الذهنية، ولذلك ليس مستغرباً أن تجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين ذهنياً هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني (فاروق الروسان، 1989).

ويشير جمال الخطيب (2003) الى أن التعلم اللغوي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً محدود، وذخيرتهم اللغوية ضعيفة، ولا غرابة في ذلك لآن النمو اللغوي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو المعرفي، ولذلك يعاني الأطفال المتخلفون ذهنياً من صعوبات جمة في فهم التعليمات واستيعاب التوجيهات.

3 – خصائص النمو الاجتماعي:

يواجه الأطفال المعاقون ذهنيا العديد من المشكلات الاجتماعية، فقد يواجهون صعوبات في التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة فتصدر عنهم استجابات غير مناسبة، إضافةً إلى اتسامهم بقصور في عملية التكيف الاجتماعي مع الآخرين، ومع البيئة المحيطة بهم إذ يلاحظ على الطفل المعاق ذهنياً بشكل عام الانسحاب والتردد والسلوك التكراري والحركة الزائدة، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير فضلا عن الميل لمن هم أصغر سنا منهم أثناء اللعب (أمل الهجرسي، 2002).

ويرى جمال الخطيب (2003) أن هنالك ارتباطا بين الانخفاض في مستوى النمو الاجتماعي لدى المعاقين ذهنياً وبين انخفاض قدرتهم العقلية واتجاهات الآخرين نحوهم وردود فعلهم نحو ما يصدر عنهم من تصرفات، إضافة إلى العوامل التي تتعلق بخبرات الفشل والإحباط لدى الأطفال المعاقين عقليا مما يؤدي إلى تقليل دافعيتهم ومبادرتهم نحو التفاعل وبناء العلاقات مع الآخرين.

4 – خصائص النمو الحركي:

يتصف النمو الحركي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً بالتباين، وبشكل عام فكلما زادت شدة الإعاقة الذهنية زاد الضعف في الجانب الحركي، ويكون النمو الحركي لدى هؤلاء الأطفال بطيء إلا أنه يسير وفق مبادئ النمو الحركي العام، كما أن الأطفال المعاقين ذهنياً أكثر عرضةً من الأطفال العاديين للمشكلات الصحية والجسمية المختلفة (فاروق الروسان، 1989).

حاجات الطفل المعاق ذهنياً:

هناك العديد من الحاجات والرغبات للأطفال المعاقين ذهنياً، وهي نفس احتياجات الأطفال العاديين، ومن بينها: الحاجة إلى النوم والطعام والملبس والحماية والدفء وغيرها من الحاجات الأساسية، وهناك الحاجات الحيوية للمعاق والتي غالباً ما تهمل كالحاجة للحب والتقبل والمرح، وتوافر فرص الاشتراك في النشاطات والتفاعلات مع الآخرين، إضافةً إلى الحاجات الأخرى مثل: حرية الاكتشاف وإشباع حب الاستطلاع وتعلم أشياء هامة وجديدة وشيقة،وإشباع الممارسات الدينية والروحية والحصول على الإرشاد أثناء مروره بالأوقات الحرجة في حياته. ويجب أن يتم ذلك من خلال برامج معتمدة لكي تعد المعاق ذهنيا بطريقة تسمح له بالنمو نحو الاستقلالية (سمية جميل، 1998).

ويمكن أن نحدد أهم الحاجات التي يجب توافرها للطفل المعاق ذهنياً، والتي من بينها ما يأتي:

1- الاتصال: Communication

يحتاج الأطفال المعاقون ذهنياً إلى رسائل واضحة ودقيقة ومفهومة، والبعض يحتاج إلى أن يعرف ما هي جوانب القصور لديه وكيف ستؤثر هذه الجوانب على حياته، وكذلك يحتاج هؤلاء الأطفال أن يعرفوا كيف يقتنعون بحياتهم على أكمل وجه، وكيف يصلون إلى أقصى طاقتهم في حياة لها معنى ويحتاج هذا الطفل أيضا إلى أن تصله رسائل (تعبيرات) مباشرة ومتطابقة من الآخرين فيما يخص مشاعرهم نحوهم, ولكن بعض الآباء والمختصين يقللون من أهمية هذه المشاعر بمعنى أنهم لا يأخذونها في اعتبارهم بشكل مناسب، وأيضاً قد يتحدث الكبار عن هذا الطفل بطريقة غير مناسبة قد تجرح مشاعره وتؤذيها في حضوره كما لو كان هذا الطفل لا يسمع ولا يشعر ولا يفهم، هذه كلها أخطاء ينبغي على الآباء والمتخصصين أن يتفادوها ويأخذونها في الاعتبار وهي أن مشاعر هذا الطفل لها مصداقيتها مثل مشاعر الكبار. (سهى أمين، 1999، ص23)

2- الحاجة إلى المهارات الاجتماعية

إن الكثيرين من الأطفال المعاقين ذهنياً لا يعرفون كيف يحبون أو يُحبون لنقص مهارتهم الاجتماعية في التفاعل مع الآخرين، وإذا كان التعامل مع الناس يحتاج إلى التدريب عليه، فإن المعاقين ذهنياً أشد حاجة إلى التدريب على هذا الفن حتى يكتسبوا المهارات التي تمكنهم من تكوين علاقات طيبة مع الأهل والأصدقاء والجيران والزملاء (نايف الزارع، 2006).

3-حرية النمو والارتقاء: Freedom to grow and Develop

لكل طفل معاق مهما كانت درجة اعاقتة القدرة على أن يكبر وينمو، ويمكن لآباء المعاقين ذهنياً أن يهيئوا لهم البيئات الخصبة والمناخ الملائم لتحقيق النمو إلى أقصى درجاته وما لم تتح للطفل المعاق ذهنياً العديد من الخبرات التي تساعده على التعلم، فإن توافقه التعليمي والاجتماعي قد يحجب. (محمد محروس، 1997، ص390)

حقوق الطفل المعاق ذهنياً:

لكل فرد الحق في الحياة الإنسانية الكريمة، والفرد المعاق ذهنياً إنسان مثل غيره له الحق في الحياة الكريمة. وقد كفل التشريع الإسلامي والكثير من القوانين الوضعية الحديثة في المجتمعات غير الإسلامية له ذلك الحق. ففي الإسلام أوجب الله سبحانه وتعالى على الأغنياء والأذكياء والأصحاء رعاية وحماية الضعفاء ومنهم المعاقون ذهنياً، ولم يقتصر الاهتمام بالمعاقين ذهنياً على دعوة الإسلام، فقد اخذت دول كثيرة غير إسلامية بمبدأ حق المعاق ذهنياً. فمثلاً وضعت منظمة الأمم المتحدة قرارها رقم (3447) في ديسمبر (1971) لحقوق الأطفال المعاقين ذهنياً والذي يشير في بعض بنوده إلى:

(1) للشخص المعاق ذهنياً الحقوق التي يمتاز بها سائر البشر.

(2) للشخص المعاق ذهنيا الحق في الرعاية الطبية والعلاج الطبيعي المناسب له وكذلك له الحق في التدريب والتأهيل كي يمكنه من تنمية قدراته وطاقاته لأقصى درجة ممكنة.

(3) للشخص المعاق ذهنياً حق في الضمان الاقتصادي ومستوى معيشي مناسب وله الحق في الاشتراك في أي مهنة ذات معنى لأقصى درجة تسمح له إمكاناته.

(4) للشخص المعاق ذهنياً الحق في العيش مع أسرته الطبيعية أو البديلة بصورة طبيعية كما يجب أن تتلقى الأسرة التي يعيش فيها العون.

(5) للشخص المعاق ذهنياً الحق في وجود وصي يسهل احتياجاته.

(6) للشخص المعاق ذهنياً الحق في الحماية من الاستغلال وسوء المعاملة بجوانبها المختلفة والمعاملة المهينة، ويجب الأخذ في الاعتبار انه إذا اتهم في جريمة له الحق من الاستفادة من القانون بما يتناسب درجة المسؤولية الذهنية لديه.

(7) عندما يكون المعاقون غير قادرين على ممارسة كل حقوقهم بطريقة مجدية بسبب إعاقتهم، فيجب الأخذ بكل الاحتياطات لحمايتهم بشكل قانوني من أوجه الاستغلال، ويجب أن يتضمن ذلك الإجراء تقدير القدرة الاجتماعية لكل شخص، كما يجب إجراء مراجعات دورية لحقوق هذا الطفل مع انه من حقه دفع الأمر إلى السلطات العليا (هيثم مناع, 2006).

لقد تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلاناً يحدد فيه حقوق المعاقين في العام 1975م، ويعتبر هذا الإعلان في غاية الأهمية كونه يؤكد على جملة من الحقوق الأساسية للمعوقين التي لهم الحق في ممارستها كسائر بني البشر دون أدنى تمييز بسبب الإعاقة، حيث يؤكد الإعلان على أن للمعوقين نفسس الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية التي يتمتع بها سواهم من البشر، ولهم الحق في الحماية من الاستغلال ومن أي معاملة تمييزية، كما يؤكد على حقهم في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي بما في ذلك الحصول على الأجهزة المساعدة، إضافة إلى حقهم في التعليم والتدريب المهني لإعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

وفيما يلي أهم النصوص التي يؤكد عليها هذا الإعلان:

1. " للمعوق حق أصيل في أن تحترم كرامته الإنسانية وله أيا كان منشأ وطبيعة وخطورة أوجه التعويق والقصور التي يعاني منها، نفس الحقوق الأساسية التي تكون لمواطنيه الذين هم في سنه الأمر الذي يعني أولا وقبل كل شيء أن له الحق في التمتع بحياة لائقة،تكون طبيعية وغنية قدر المستطاع ".
2. للمعوق نفس الحقوق المدنية والسياسية التي يتمتع بها سائر البشر.
3. للمعوق الحق في التدابير التي تستهدف تمكينه من بلوغ أكبر قدر ممكن من الاستقلال الذاتي.
4. للمعوق الحق في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي بمافي ذلك الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم، وفي التأهيل الطبي والاجتماعي، وفي التعليم، وفي التدريب والتأهيل المهني، وفي المساعدة والمشورة، وفي خدمات التوظيف وغيرها من الخدمات التي تمكنه من إنماء قدراته ومهاراته إلى أقصى الحدود وتعجل بعملية اندماجه أو إعادة إدماجه في المجتمع.
5. للمعوق الحق في الأمن الاقتصادي والاجتماعي وفي مستوى معيشة لائق، وله الحق حسب قدرته في الحصول على عمل والاحتفاظ به أو في مزاولة مهنة مفيدة ومريحة ومجزية، وفي الانتماء إلى نقابات العمال.
6. للمعوق الحق في الإقامة مع أسرته ذاتها أو مع أسرة بديلة، وفي المشاركة في جميع الأنشطة الاجتماعية أو الإبداعية أوالترفيهية ولا يجوز إخضاع أي معوق فيما يتعلق بالإقامة لمعاملة مميزة غير تلك التي تقتضيها حالته أو يقتضيها التحسن المرجو له من هذه المعاملة، فإذا حتمت الضرورة أن يبقى المعوق في مؤسسة متخصصة، ويجب أن تكون بيئة هذه المؤسسة وظروف الحياة العادلة للأشخاص الذين هم في سنه.
7. يجب أن يحمى المعوق من أي استغلال من أية أنظمة أو معاملة ذات طبيعة تمييزية أو متعسفة تجاه كرامته.

8. يجب أن يمكن المعوق من الاستعانة بمساعدة قانونية من ذوي الاختصاص حين يتبين أن مثل هذه المساعدة لا غنى عنها لحماية شخصه أو ماله، وإذا أقيمت ضد المعوق دعوى قضائية وجب أن تراعى الإجراءات القانونية المطبقة حالته المدنية أو العقلية مراعاة تامة. عدا ذلك قد أعلنت الأمم المتحدة عن مجموعة من مبادئ لحماية المصابين بمرض عقلي، نظراً لخصوصية هذه الفئة ودرجة التمييز والتهميش الكبيرين الذي تتعرض له فئة المصابين بمرض عقلي في مجتمعاتهم (تقريرالأمم المتحدة، 1975ص720).

الإساءة للأطفال Child abuse

تعد الإساءة إلى الطفل المعوق واحدة من أخطر الظواهر التي قد يتعرض لها الأطفال المعاقون ذهنياً حيث تؤثر في نموهم الصحي والنفسي والاجتماعي فضلاً عما تحمله من مظاهر غير إنسانية وغير متحضرة، وقد اهتمت المجتمعات بكافة أشكالها بهذا الموضوع لما يمثله من عدوان خطير على الطفل.

ويتعرض الطفل المعاق ذهنيا للإساءة في العديد من الأماكن منها المنزل من خلال الوالدين والإخوة، ثم في المدرسة على أيدي المعلمين والزملاء في الصف الدراسي ثم يتعرض الأطفال إلى الإساءة في المجتمع الكبير من خلال عامة الناس أو من خلال الإهمال الذي قد تتعرض له تلك الفئة والمتمثل في نقص برامج الرعاية والاهتمام.

وقد عرف جيل (Gill) الإساءة بأنها "أي فعل يعيق نمو الطفل النفسي والبدني أو امتناع عن الفعل يعرض سلامة الطفل وصحته البدنية والنفسية والاجتماعية وعمليات نموه المختلفة للخطر (في:لبيبه أبو شريف، 1991).

أما جمعية حماية وعلاج الطفل المساء معاملته تعرف الإساءة بأنها: أي فعل يقوم به الوالدان أو القائمون على رعاية الطفل، أو يمتنعون عن تقديم الرعاية له والذي يسبب له الموت أو الإيذاء الجسدي أو الانفعالي أو الإساءة الجنسية أو الاستغلال (Joaquin,2003).

وبذلك يتضمن مفهوم الإساءة العديد من الصور والمظاهر للإساءة مثل الإهمال والتعدي الجسدي والإساءة الانفعالية والاعتداء أو التحرش الجنسي.

ويشير براون (Brown) إلى نوعين من الإساءة؛ النوع الأول وأطلق عليه الإساءة الايجابية النشطة (Active Abuse)، حيث يشتمل هذا النوع على تصرفات مليئة بالعنف، وتكون على شكل عنف جسدي أو جنسي أو انفعالي أو نفسي. أما النوع الثاني فأطلق عليه الإساءة السلبية (Passive Abuse)، ويقصد بها الإهمال الذي لا يوجد به عنف، ولا تستخدم فيه أي قوة جسدية (معهد الملكة زين الشرف التنموي، 2002).

وتشير الأدبيات المعنية بظاهرة إساءة معاملة الأطفال أن لها العديد من الأبعاد، فقد ورد في دومبروسكي وجيشلار (Dombrowski & Gischlar, 2006) الأبعاد التالية من الإساءة التي يتعرض لها الأطفال: الإساءة الجسدية، والإساءة الجنسية، والإساءة النفسية أو العاطفية، والإهمال.

ومن خلال مراجعة تصنيفات الإساءة وأبعادها، يمكن القول بوجود أربعة أبعاد للإساءة يجمع عليها الباحثون هي:

ا- الإساءة الانفعالية

ب- الإساءة الجسدية.

ج- الإساءة الجنسية.

د- الإهمال.

أ- الإساءة الانفعالية: Emotional Abuse

من الصعب الوقوف على تحديد مفهوم الإساءة الانفعالية مقارنة بالإساءة الجسدية أو الجنسية وذلك لأن مظاهر الإساءة الانفعالية غامضة، حيث لا توجد علامات ظاهرة وواضحة للمحيطين بالطفل. وتعد الإساءة الانفعالية من أخطر أنواع الإساءة التي يتعرض لها الطفل ومن أصعبها تحديداً.

وعلى الرغم من ذلك فمن الواضح أن هذه الصورة من الإساءة لها أضرار كبيرة يمكن أن تؤثر على تقدير الطفل لذاته وعلى حياة الطفل الانفعالية. وتتضمن الإساءة العاطفية هجمات متطرفة مثل: الصراخ والاستخفاف والتهديد، كما يتضمن

كذلك المتطلبات غير المنطقية أو أشياء أخرى من الإساءة التي تقلل من تقدير الطفل لذاته، كما تتضمن تجاهل الطفل وعدم التعبير عن الحب تجاه الطفل والرفض وعدم القبول، وبذلك فإن الإساءة الانفعالية تشمل الإساءة النفسية، والإساءة اللفظية، كما تظهر الإساءة الانفعالية غالباً مصاحبة لأنواع أخرى من الإساءة (Dombrowski & Gischlar, 2006).

وقد عرفت الرابطة الأمريكية الإنسانية (American Human Association) عام 1981 الإساءة الانفعالية بأنها متطلبات أبوية زائدة وغير معقولة تفرض على الطفل توقعات أكبر من قدراته، وقد تظهر عن طريق الاستخفاف بالطفل، أو الفشل في توفير الحب والرعاية والإرشاد الكافي له. (في:إيمان العقرباوي، 2003)

كما عرفت اللجنة الأمريكية لوقاية الطفل من الإساءة بالولايات المتحدة الإساءة الانفعالية بأنها متطلبات أبوية زائدة، عدوانية غير معقولة تفرض على الطفل توقعات أكبر من قدراته وقد تتضمن أيضا الفشل في توفير الرعاية السليمة في نمو وتطور الطفل ويكون ذلك ناتجا عن عدم وجود رعاية وعناية وإرشاد كاف لهؤلاء الآباء.(في:نجلاء الزهار,2001)

ويرى مالتيز Malitiz أن إساءة المعاملة الانفعالية "هي تصرفات أو أفعال تسبب في فقدان الاحترام النفسي، ويأتي هذا الإحساس بعدم الاحترام من السب، واللعن، والذم، والمناداة بألفاظ جارحة نابية". (في: نبيلة السرورى، 2001)

وعرف Garbarion (1984) الإساءة الانفعالية بأنها "الممارسات المستمرة للوالدين والتي تسبب دمارا عنيفا أو أضرارا بالغة لقدرة الطفل. فالإساءة الانفعالية تؤدي إلى حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية الخطيرة، وتضعف كلا من القدرة على النجاح، والقدرة على تكوين علاقات سوية مع الآخرين. كما أنها تؤدي إلى حدوث تغيرات في تفكير الطفل وشخصيته وبالتالي تغيير في سلوكه وتفاعله مع الآخرين" (في: صالح عاصلة؛ 2004)

إن الأطفال الذين يتعرضون إلى الإساءة الانفعالية من قبل المحيطين بهم أو القائمين على رعايتهم أو المشرفين عليهم يجدون صعوبة في شرح ما يحدث لهم لنظرائهم أو لغيرهم لأنهم يتعرضون إلى أنواع بشعة من الإساءة، وخصوصاً الطفل

المعاق ذهنياً، فلا يجد أي عناية خاصة به، وعلى العكس من ذلك فكل ما يحصل عليه؛ إجابات مقتضبة مثل أن هذا السلوك (مناسب – غير مناسب) لك لأنك لا تفهم شيء (Vig & Kaminer,2002).

وعموماً تأخذ الإساءة الانفعالية مجموعة متباينة من الأشكال والتي يمكن إجمالها على النحو الآتي:

أولاً: الاستغلال: ويكون ذلك من خلال الحصول على شيء ما من الطفل نتيجةً لضعفه، ومثال ذلك الإساءة الجنسية التي يتعرض لها الطفل من الكبار (محمد أبو عليا، 2000)

ثانياً: عدم قبول الطفل من قبل والديه: ويتمثل ذلك برفض مطالب الطفل وعدم تلبية حاجاته الأساسية خصوصاً عندما يكون الطفل يعاني من الإعاقة الذهنية، أو الإهمال في تقديم الرعاية المناسبة والشاملة للطفل (Woolfolk,1998).

ثالثاً: الإرهاب: ويتطلب ذلك إجبار الطفل على مشاهدة الإيذاء المحبب لدى الكبار، مثال ذلك الإيذاء الجنسي، أو التهديد بالاعتداء على الطفل من قبل أفراد لإجباره على أداء سلوك ما ((Kaminer,2002.

رابعاً: ذم الطفل وإهانته: ويكون ذلك عن طريق تحقير الطفل ولومه والنظر إليه بسخرية، وتجنب الحديث معه وتجاهله وعدم التفاعل معه (سيد رطروط، 2000).

وهناك العديد من المؤشرات السلوكية التي تميز الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الانفعالية عن غيرهم، وهي:

1- الاعتمادية وتجنب التفاعل مع الآخرين.
2- تقدير للذات متدني.
3- الشعور بأنه غير محبوب، وغير مرغوب فيه.
4- سلوك غير سوي يتضمن الخوف والقلق والعدوان.
5- التشاؤم من الحياة لا يتناسب مع عمره الزمني.
6- الشعور بعدم الكفاية والدونية وضعف الدافعية.(Molnar, et al, 2003)

ومن خلال ما تقدم نستخلص ما يلي:

1. إن الإساءة الانفعالية تؤثر على تقدير الطفل لذاته وعلى حياته الانفعالية من خلال سلوكيات مثل البصق في وجهه، وجذبه من شعره، طرحه إلى الأرض، الاستخفاف بالطفل، الفشل في توفير الحب والرعاية والإرشاد الكافي له.
2. إن الطفل يتعرض إلى فقدان الاحترام النفسي ويأتي هذا الإحساس بعدم احترامه والاكثارمن السب، واللعن، والذم، والمناداة بألفاظ جارحة ونابية.
3. تؤدي الإساءة الانفعالية إلى حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية الخطيرة وتضعف القدرة على النجاح، والقدرة على تكوين علاقات سوية مع الآخرين.
4. إنها تحدث غالباً من الأشخاص القائمين على رعاية الطفل.

ب- الإساءة الجسدية: Physical Abuse

تعد الإساءة الجسدية من بين المظاهر التي تحدث بكثرة مع الأطفال بصفة عامة والأطفال المعاقين بصفة خاصة وتشير العديد من الإحصائيات إلى أن الأطفال المعاقين من أكثر الفئات التي تتعرض للإساءة الجسدية حيث يمثلون نسبة كبيرة من بين الفئات التي تتعرض لهذا النوع من أنواع الإساءة.(هند القيسي, 2004)

كما تشير العديد من الدلائل إلى أن العديد من الأطفال يموتون من وراء تعرضهم للإساءة الجسدية حيث تطالعنا الكثير من الصحف والمجلات عن وفيات بعض الأطفال نتيجة التعرض للإيذاء البدني من قبل الوالدين أو المحيطين بهم.(صالح عصالة, 2004)

وتعرف الإساءة الجسدية بأنها أفعال يقوم بها الوالدان أو أحدهما تتسم بالعنف الموجه نحو الطفل مما يؤدي إلى إصابته بأذى جسدي ومن المظاهر الشائعة لهذا النوع من الإساءة (الكدمات، التجمع الدموي، والحروق، الجروح، الخدوش) في أماكن مختلفة من الجسم، وإن تكون هذه الإساءة مقصودة وإن تكون رد الفعل لأي سلوك يصدر عن الطفل سلبيا أو إيجابيا. (سوسن الجلبي، 2003)

وعرف باركر Barker (1983) إساءة المعاملة الجسدية: هي وجود ضرر مقصود Non – Accidental يتم عن أفعال مرتكبة بواسطة شخص راشد، وتتسم هذه الأفعال بالعنف البدني الظاهر أو العقاب المفرط وتشمل التسمم، التعرض لحرارة عالية أو برد قارص وتحدث بصورة نمطية على فترات منفصلة منخفضة التكرار (في: نجلاء الزهار, 2001).

وتشير العديد من الدراسات الى أن الإساءة الجسدية تنتشر بين الكثير من الأسر وخاصة الأسر ذات المستوي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي المنخفض، حيث تعتقد هذه الأسر أن العقاب البدني هو أحد الطرق الأساسية للتربية متجاهلين الآثار السيئة التي تحدث للأطفال من وراء العقاب البدني حيث تترك على الأطفال الكثير من الآثار النفسية والبدنية (داليا عزت، 1997، ص95). وهذا ما أكدته نتائج الدراسة التي أجراها فريزلير ورفاقه (Freisthler, et al, 2007) والتي قارن فيها بين مجموعة من الأطفال (البيض، والسود، والآسيويين) وأثر الحي السكني على ممارسة العنف ضدهم، فتوصلت نتائج الدراسة الى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الإساءة ومكان السكن والطبقة الاجتماعية والعرق، حيث تبين أن الأطفال السود هم أكثر الأطفال تعرضاً للإساءة يليهم الآسيويين، ثم الأطفال البيض. مما يعني أن هناك أثراً للمستوى الاجتماعي والاقتصادي لأسر هؤلاء الأطفال بالتعرض للإساءة.

كما أشارت نتائج الدراسة التي أجراها مكلينتر وبلاشير (Mclntyre & Blacher, 2006) والتي تقصت دور الثقافة في خفض الإساءة لدى الأطفال المعاقين ذهنياً لدى الأمهات اللواتي ينتمون إلى أصول عرقية مختلفة (من أصول انجليزية، من أصول أمريكا اللاتينية) واللواتي تعرضن لبرنامج إرشادي، تبين أن التحسن ظهر لدى الأطفال المعاقين ذهنياً من الأمهات الانجليزيات، حيث أظهرن سلوكاً تكيفياً أفضل من الأمهات من أمريكا اللاتينية.

وفي دراسة أخرى أجراها فيج وكامينير (Vig & Kaminer, 2002) فقد وجد بعد مراجعته لأكثر من (50,000) حالة إساءة تعرض لها الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية من خلال السجلات القانونية والحالات الاجتماعية، أن نسبة من

يتعرض للإساءة من الأطفال المعاقين بلغت 31%، في حين أن نسبة من يتعرض للإساءة من الأطفال العاديين بلغت 9% فقط. وفسر هذا الاعتداء الموجه نحو الأطفال المعاقين بسبب الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسر التي لديها طفل معاق نتيجةً للعزلة الاجتماعية التي يشعرون بها، إضافةً إلى الإصابة بالإحباط والإجهاد الناتج من تقديم الرعاية المستمرة لهؤلاء الأطفال، علاوةً على خصائص الطفل المعاق الذي يتميز بالسلوك العدواني.

وعبر التاريخ البشري تعرض الأطفال للإساءة الجسدية، وربما كان تاريخ إساءة معاملة الأطفال قديمة قدم الإنسان نفسه، فالإساءة لا تقتصر على مجتمع دون غيره، بل أصبحت مشكلة اجتماعية رئيسة تعاني منها مختلف البلدان والثقافات. وبحسب منظمة الصحة العالمية، فإن هناك حوالي (57000) وفاة ناجمة عن قتل الأطفال ممن هم دون سن (15) سنة في عام 2000 (منظمة الصحة العالمية، 2002).

ومن جهة أخرى يموت كثير من الأطفال دون أن يتم تحريبهم روتينياً ولا تفحص جثثهم، مما يجعل من الصعب تعيين الرقم الدقيق للوفيات بسبب الإساءة للأطفال في أي بلد ما (Abidin, 1990).

وأما عن الدراسات العربية حول مشكلة إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم، فقد وجد يحيى أبو نواس (2003) أن أكثر أشكال الإساءة شيوعاً الإساءة الجسدية ثم يليها الإساءة الجنسية والإساءة النفسية. وأما دراسة تيسير الياسين ومؤمن الحديدي وتغريد السرحان (2001) فقد أشارت النتائج الى أن أغلبية الأطفال المساء أليهم من الإناث، كما تبين أن أكثر أنماط الإساءة شيوعاً تتمثل في الإساءة النفسية والإهمال(64%)، ثم الإساءة الجسدية(25%)، فالإساءة الجنسية (11%) ممن شملتهم الدراسة.

في حين وجد سيد رطروط (2000) أن الأطفال المعاقين ذهنياً تعرضوا إلى الإساءة الجسدية والاهمال من قبل عائلاتهم، وإن الأطفال المعاقين يفتقدون إلي المهارات الاستقلالية الأولية واللازمة لهم نتيجة عدم اهتمام أسرهم.

وتعتبر الإساءة الجسدية من أكثر أنواع الإساءة انتشاراً بين الأطفال لأنها قابلة للملاحظة والاكتشاف، وتتخذ الإساءة الجسدية أنماطا مختلفة منها الكدمات وخاصة في الظهر والفخذين والرقبة والوجنات، وإصابات العين والجروح الرضية، وإصابات وكسور العظام والصدر والنزف داخل تجويف الدماغ الناجمة عن كسور وخدوش في الجمجمة، وتعتبر الحروق من أشكال السلوكيات الأخرى لإيذاء الطفل والإساءة إليه جسدياً، ومنها الحرق بسائل أو بخار حار أو الحرق بأداة حامية أو سجائر مشتعلة، ويكون الحرق في أماكن مختلفة من جسم الطفل كالظهر والمؤخرة والأعضاء التناسلية وهي أماكن تعتبر الإصابة العرضية لها نادرة الحدوث (ضرار عسال، 2003).

يلاحظ في المجتمعات العربية والأجنبية أن العقاب الجسدي ما زال هو الأسلوب المقبول لدى الكثيرين، والأكثر استخداماً في تربية الطفل وتهذيبه، ولذلك يجب على الوالدين، أو القائمين على رعاية الطفل الحذر من خطورة وعواقب العقاب الجسدي، فالعقاب الجسدي الذي يسبب الجروح والكدمات غير مقبول لأنه يشيرالى أن الطفل عوقب بقسوة. ويمكن أن تكون الإساءة الجسدية في كل قطاع من المجتمع وفي كل المستويات الاقتصادية بالرغم من أن الإساءة الجسدية يمكن أن تتجاوز نطاق الأسرة لتشمل مؤسسات اجتماعية أخرى كالمدارس، إلا أن الوالدين هما المسئولان في المقام الأول عن الإساءة الجسدية (هند القيسي، 2004).

وقد وضع بعض الباحثين أمثال روبرت ورتشيرد (Robert& Richard, 1996) قائمة من السلوكات التي تصف الأطفال المساء إليهم جسدياً، وهي:

1- قلق مستمر وتوقع حدوث الخطر.
2- عجز عن التعلم، وعدم القيام بالتجريب.
3- سلوك متقلب من موقف إلى آخر.
4- الخوف والإحجام من الاتصال الجسدي مع الآخرين.
5- الميل بالاهتمام بحاجات والديه الانفعالية.
6- الاستثارة الشديدة بسلوكيات الآخرين.
7- ضعف التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

وتشير نتائج دراسة أجريت في الكثير من الدول أن الإساءة الجسدية تعتبر من أكثر العوامل المسببة للوفيات للفئة العمرية ما بين 15 و 44 عاماً، وتتفاوت النسب بين الذكور والإناث حيث تبلغ لدى الذكور 14% أما الإناث فتبلغ 7%. كما توضّح الدراسة أنَّ الذكور عادة ما يتم قتلهم بواسطة أشخاص غرباء، أما الإناث فغالباً ما يتعرضنَّ للقتل على أيدي أقربائهم (الأمم المتحدة، 2006).

وقد أشار التقرير إلى التكاليف الطبية والقانونية والقضائية والأمنية الباهظة بالإضافة إلى الأضرار النفسية وفقدان القدرة على الإنتاج. وجاء في التقرير كذلك؛ إن السلفادور تنفق 4.3% من ناتجها الإجمالي القومي على التكاليف الطبية المرتبطة بالعنف بينما تنفق البرازيل 1.9% وبيرو 1.5%، أما في الدول الصناعية فالتكلفة مرتفعة للغاية، ففي أستراليا مثلاً تتكبد الدولة خسائر مالية لا تقل عن 837 مليون دولار سنوياً، أما في الولايات المتحدة فتبلغ الخسارة 94 مليار دولار سنوياً.

ومن خلال ما تقدم نستخلص ما يلي:

1. إن الإساءة الجسدية تتجسد في عدة صور منها(التسمم، الحروق، الكسور، النزيف، الخنق،الكدمات، جروح الرأس التي تتراوح ما بين البسيطة والشديدة في الإصابة).
2. بعض هذه التعريفات تؤكد على أهمية وجود عامل العمد والقصد في الإساءة الجسدية مثل تعريف سوسن الجلبي 2003 وتعريف داليا عزت 1997.
3. لا بد من توافر الشكل المنظم والمتكرر في الأذى والضرر لكي تكون هناك إساءة جسدية كما أكدت بعض هذه التعريفات أن النتيجة من هذه الإساءة تؤدي بعضها إلى الموت أو حدوث تلف في المخ أو في الأعضاء المختلفة من الجسم، أو حدوث تشوهات وإعاقات دائمة يعاني منها الفرد بقية حياته.

ج- الإساءة الجنسية: Sexual Abuse

تعد الإساءة الجنسية من أشد أنواع الإساءة أثراً على كل الأطفال كما تعد سبباً مباشرا في تدمير شخصيته وإصابته بالعديد من الاضطرابات النفسية والانحرافات المختلفة وتعد سبباً مباشرا لحالات الجنوح لدي الأطفال والمراهقين فيما بعد.

ورغم أن الإساءة الجنسية تعد من أخطر أنواع الإساءة إلا أن تناولها بالبحث والدراسة قليل لأنه يصعب مناقشتها ولا يعترف بها الأطفال المساء إليهم رغم أنها تحدث وبكثرة وسط مجموعة الأطفال المعاقين ذهنياً.

إن الإساءة الجنسية تتضمن تغيرات جنسية غير مناسبة لعمر الطفل وبشكل متكرر مع شخص كبير محدد، ويشير مورو وكوتمان (Muro & Kotman, 1995) أن هناك العديد من المظاهر السلوكية التي يتصف بها الطفل الذي يعاني من الإساءة الجنسية، وهي:

1- خوف من الكبار وفقدان الثقة بهم.
2- الغضب وثورات العنف والسلوك العدواني.
3- نضج زائف، وإذعان زائف.
4- معرفة تفصيلية بالسلوك الجنسي بما لا يتناسب مع عمره.
5- فقدان الدافعية وقلة التركيز والإحجام عن المشاركة في الأنشطة المدرسية.
6- سلوك نكوصي، مثل: مص الإبهام، التبول اللاإرادي.
7- فقدان الأصدقاء وصعوبة تكوين صداقات جديدة.
8- أنشطة جنسية، وسلوكيات مشوشة.

إن إساءة معاملة الطفل جنسياً: تعني تعرضه للإيذاء بصورة مباشرة من خلال بعض الممارسات الجنسية التي يقوم بها المسيئون ويمكن حدوثها داخل الأسرة والمدرسة والشارع، وغالباً ما يصاحب هذه الإساءة آثار نفسية تنعكس على التوافق النفسي (أحمد السيد إسماعيل، 2001، ص 272).

والأطفال المعاقون ذهنياً فريسة سهلة لهذه الأشكال من الإساءة لأنهم لا يستطيعون التعبير عما يحدث أو رفض ما قد يحدث وتبدو مظاهر الإساءة إلى

بعضهم من خلال سلوكهم مع الأطفال أو المحيطين الآخرين (سيد رطروط، 2000).

إن حالات الإساءة الجنسية قد تقع على الأطفال في مختلف مراحل الطفولة وتمتد من عمر الخمس سنوات أو دون ذلك إلى سن الخامسة عشر، ويحدث العدوان الجنسي على الأطفال الذكور والإناث، وعلى الأطفال المعاقين والعاديين، ونسبة ما يقع على الإناث أكثر مما يقع على الذكور (منظمة الصحة العالمية، 2002).

لقد ظهرت العديد من التعريفات لمفهوم الإساءة الجنسية، وقد عرفها براون (1990) بأنها دفع الطفل تحت سن 18 سنة إلى الانخراط في أعمال جنسية، بحيث يكون غير قادر على استيعابها أو فهمها، أو تعريضه لمثيرات جنسية بشكل لا يتناسب مع عمره ومستواه التطوري (في: ايمان العقرباوي، 2003).

والإساءة الجنسية تعني تورط الأطفال القاصرين وغير الناضجين بأعمال وعلاقات جنسية لا يستطيعون فهمها ولا يعطون موافقة واعية لممارستها وتعتبر منافية للعرف والقيم الاجتماعية السائدة في المجتمع (يحيى ابو نواس، 2003).

الإساءة الجنسية هي استخدام الطفل لإشباع الرغبات الجنسية لبالغ أو مراهق. وهي تعريض الطفل لأي نشاط أو سلوك جنسي ويتضمن غالباً التحرش الجنسي بالطفل من قبيل ملامسته أو حمله على ملامسة المتحرش جنسياً،ومن الأشكال الأخرى للاعتداء الجنسي على الطفل المجامعة وبغاء الأطفال والاستغلال الجنسي للطفل عبر الصور الجنسية والمواقع الإباحية (ريم عبد اللطيف، 2004).

الاعتداء الجنسي يختلف عن الاعتداء الجسدي, فهو صعب التعرف عليه والأمر الأصعب هو اعتراف الطفل به, وإقرار الوالدين بذلك.

الإساءة الجنسية فعل جنسي بحق طفل أو شخص غير بالغ بدون موافقته وذلك لتحقيق رغبة شخص أخر, وهذا الفعل قد يكون مباشراً عن طريق أي نوع من الاتصال الجنسي أو غير مباشر عن طريق استعراض الجسد والأعضاء التناسلية أو إرغام الطفل على مشاهدة الصور الإباحية (رفيعة غباش,2002).

ومن خلال ما تقدم نستخلص ما يلي:

1. نرى أن جميع التعريفات التي تتحدث عن الإساءة الجنسية أكدت وقوع الضرر المتعمد، وهذا الضرر يتسم بمخالفة المعايير والقيم الاجتماعية، والاستغلال الجنسي بمختلف أشكاله للطفل دون إرادة أو موافقة منه.
2. تعرض الطفل للمثيرات الجنسية التي لا تناسب عمره ومستواه التطوري.
3. تصاحب هذه الإساءة آثار نفسية تنعكس على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لهؤلاء الأطفال الذين يتعرضون لمثل هذه الإساءة.
4. إن الأطفال لا يستطيعون التعبير عما يحدث أو رفض ما يحدث من إساءة تجاههم.
5. إن الإساءة الجنسية المبكرة للأطفال تؤدي إلى ظهور مشاعر اكتئابية شديدة في الرشد.
6. إن الأطفال المتعرضين للإساءة الجنسية تظهر عليهم أشكال من السلوك المضطرب مثل الخوف، الانسحاب، إيذاء الذات، والشكاوي الجسمية.

د- الإهمال: Neglect

هو شكل من أشكال الإساءة للأطفال يتم التعرف عليه من خلال معاناة الطفل من والديه ويحدث الإهمال حينما لا يعرف الآباء الكيفية التي يجب بها أن يرعوا أولادهم.

ويشير الإهمال إلى فشل الأبوان في النهوض بأعباء ومتطلبات تطور الطفل عندما يكون الأبوين في المواقع التي تؤهلهما لفعل ذلك، في واحد أو أكثر من المجالات الآتية: التعليم والتغذية والصحة والتطور العاطفي والمسكن والظروف الحياتية الآمنة. وأما عن مظاهر إهمال الطفل فيشتمل على عدم إتباع النصائح الطبية والفشل في البحث عن الرعاية الصحية المناسبة، والحرمان من الطعام الذي يؤدي إلى سوء التغذية، وفشل النمو جسدياً. كما تشمل أسباب أخرى، مثل: تعرض الطفل للمخدرات وعدم الحماية الكافية من المخاطر البيئية، بالإضافة إلى عدم المتابعة الكافية وتدهور صحته، والحرمان من التعليم (منظمة الصحة العالمية، 2002).

ويمثل الإهمال نسبة كبيرة, بين مظاهر الإساءة للأطفال على مستوى دول العالم حيث تشير العديد من الدراسات إلى نسبة كبيرة من الأطفال تعاني من الحرمان خاصة في الاحتياجات الأساسية والنفسية (Celia. Decker, 1995, p464).

ويمكن تحديد خمسة أنواع لظاهرة إساءة الإهمال، وهي:

1- إهمال الأمان: ويقصد به ترك الطفل دون رعاية واهتمام مما يعرضه للخطر، بحيث لا يكون قادراً على حماية نفسه.

2- الإهمال الطبي: وهو ترك الطفل دون رعاية طبية وعدم تقديم العلاج المناسب له عند مرضه، إضافةً إلى عدم تقديم التطعيم المناسب له من الأمراض المختلفة وفي الوقت المناسب.

3- الإهمال التربوي: وهو ترك الطفل وإهماله وعدم تنشئته على أساليب الحياة السليمة، وعدم إتاحة الفرص أمامه للحصول على التعليم المناسب ونقل عادات وتقاليد مجتمعه وأساليب تفكيرهم.

4- الإهمال الجسدي: وهو ترك الطفل وإهماله مما يجعله فريسةً سهلة أمام الآخرين، فيتعرض للإساءة الجسدية دون حماية أو اهتمام.

5- الإهمال العاطفي: وهو عدم تلبية حاجات الطفل العاطفية، من خلال توفير بيئة عاطفية جيدة مليئة بالحب والقبول.

والإهمال هو الفشل في إمداد الطفل باحتياجاته الأساسية سواء كانت هذه الحاجات بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية، وتتمثل مظاهر الإهمال في الإهمال الجسدي ونقص العناية الطبية ونقص الأشراف والإهمال التعليمي والتربوي والإهمال العاطفي الوجداني (أحمد السيد إسماعيل، 2001، ص271).

ويعتبر الإهمال من أكثر مظاهر إساءة معاملة الأطفال في الولايات المتحدة، وأن الأطفال المهملين سواءً أكانوا عاديين أو معاقين يموتون بسبب إهمال دويهم لهم وتركهم في البيت لوحدهم دون رعاية من أحد، أو بسبب المرض وعدم تقديم المعالجة الفورية لهم، أو تركهم دون طعام وماء كافيين، فقد وجد أن حوالي 65%

من تقارير وقوع إساءة الأطفال كانت كنتيجة للإهمال (Drotar & Eckerle, 1994).

وتظهر أعراض الإهمال على الطفل بصورة جلية مع مرور الوقت، من خلال النتائج الضارة على الطفل كالإصابة الجسدية الخطيرة، أو الإصابات المتكررة، أو الموت، أو الإصابة بالأمراض التي قد تسبب عاهات مستديمة كالتهاب الأذن الوسطى مثلاً الذي يؤدي إلى ضعف السمع، أو التهاب العين الذي قد يؤدي إلى فقد البصر لدى الطفل ولا يلقى العناية والرعاية والاهتمام بمخاطر الإصابات أو الإعاقات الدائمة أو المؤقتة (سيد رطروط، 2001).

وتشير نادية العمري (2003) إن تعريف الإهمال أمر بالغ الصعوبة لتداخل السلوكيات التي تعبر عن درجته، مع السلوكيات التي تندرج تحت أنواع أخرى من الإساءة، كالإساءة النفسية، ومع ذلك يمكن تحديده بأنه: غياب السلوك الذي ينبغي أن يكون استجابة لاحتياجات الأبناء، وفي هذه الحالة الوالدان لا يؤذيان الطفل جسمياً أو لفظياً، ولكنهما لا يلبيان احتياجاته، ويهملان مشاعره، وأهدافه وحاجاته. ومن أشكال الإهمال: الهجر، التخلي عن الطفل، وإهمال طعامه ونقص الدفء، والملابس المناسبة والظروف المنزلية غير الصحية، وعدم حمايته من الأخطار، ونقص الإشراف المناسب لعمره والإخفاق في رعايته مدرسياً.

بينما قصد احمد إسماعيل (2001) بإهمال الطفل "فشل الوالدين أو القائمين على رعايته في إمداده بالحاجات الأساسية كالطعام والماء، والحماية، والملبس والعلاج" أما (Skuse) عرف الإهمال بأنه "التقصير في منح الحب، والرعاية، أو الغذاء اللازم، أو عدم توفير الرعاية الجسدية الملائمة لنمو الطفل، وتطوره بشكل طبيعي، والإشراف غير الملائم عليه، مما قد يعرضه لأي نوع من أنواع الخطر" (في:لطيفة قادر، 2002).

إن إهمال الطفل يقصد به فشل الوالدين أو القائمين على رعاية الطفل في إمداده بالحاجات الأساسية كالطعام والملبس والحماية والعلاج ويأخذ الإهمال ثلاثة أشكال وهي الإهمال التربوي، والإهمال الجسدي، والإهمال الوجداني (نادية العمري، 2003، ص22).

ويشير John (1987) إلى أن الإهمال هو شكل معلوم من أشكال الإساءة تتعرف عليه من خلال معاناة الطفل من والديه ويكون الإهمال حينما لا يعرف الآباء كيفية رعاية أبنائهم وأيضاً يكون الإهمال حينما يكون الآباء واقعين تحت ضغوط كثيرة فبالتالي لا يستطيعون مواجهة احتياجات أطفالهم (في:نجلاء الزهار, 2001).

إن إحساس الطفل بأنه مقبول وأن له مكانة مميزة عند والديه يولد لديه شعورا بالطمأنينة والأمان ويقوي ثقته بنفسه ولذلك يعتبر الإهمال نوعا آخر من أنواع الإساءة وقد عرفه روتر Rutter بأنه "الحالة التي يسمح بها الوالدان – أو من يقوم على تربية الطفل وتنشئته – بأن يعاني من أشياء يمكن تلافيها، أو عدم تقديم عنصر أو أكثر من العناصر الضرورية لتطور الطفل الجسدي والعاطفي والذهني" (في:هند خلقي 1990).

ومن خلال ما تقدم نستخلص ما يلي:

1. إن الطفل الذي يتعرض للإهمال يعاني من الحرمان خاصة في الاحتياجات الأساسية والنفسية.
2. إن الإهمال يسبب الفشل في إمداد الطفل بالعناية الطبية ونقص الإشراف والتعليم.
3. إن الوالدين لا يؤذيان الطفل جسمياً أو لفظياً ولكنهما لا يلبيان احتياجاته ويهملان مشاعره، وأهدافه وحاجاته.
4. ترك الطفل دون رعاية من قبل الوالدين وعدم مساعدته على النمو السليم
5. الإساءة للطفل إما جسدياً أو جنسياً نتيجة إهمال الطفل وتركه وعدم حمايته للإساءة من قبل الآخرين (حسين أبو رياش، 2006، ص 135).

الإساءة إلى الطفل المعاق ذهنياً:

لقد أكدت العديد من الدراسات أن أُسر الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط نفسية متعددة، بسبب وجود التغيرات في مراحل نمو الطفل المعاق الذي يؤدي إلى تحديات ومتطلبات إضافية من أفراد الأسرة مما يزيد من الضغوط التي تعاني منها

الأُسرة والتي تسيطر على دورة حياة الأُسرة ككل فيكون ذلك من الأسباب التي تؤدي إلى ممارسة العنف ضد الطفل المعاق (Woolfolk, 1998).

ويرى روتر (1994) إن الإعاقة الذهنية من أهم العوامل التي تساعد على توجيه الإيذاء للطفل من قبل أسرته حيث يمثل ضغطاً على الأسرة تجعلهم غير قادرين على التعامل السليم معه (في: نحمده حسن,2003).

وتشير العديد من نتائج الدراسات التربوية مثل دراسة مكلينتر وبلاشير (Mclntyre & Blacher, 2006) وفيج وكامينير (Vig & Kaminer, 2002) أن الأطفال المعاقين ذهنياً يتعرضون للإساءة بنسب أعلى مما يتعرض لها الأطفال العاديون، بسبب طبيعة الطفل المعاق وسلوكه العدواني، إضافةً إلى الضغوط النفسية التي يتعرض لها الوالدان من جراء التعامل مع الطفل المعاق، والإرهاق والإجهاد الناتجين عن التعب من تلبية احتياجات هؤلاء الأطفال غير العاديين.

العوامل المسببة للإساءة

(1) العوامل المرتبطة بالطفل:

هناك صفات خاصة في الطفل تزيد من تعرضه للإساءة، حيث وجد أن عمر الطفل ونموه الجسدي، والعقلي، والاجتماعي، والعاطفي، قد يزيد أو ينقص احتمال تعرضه للإساءة، اعتماداً على تفاعل هذه الصفات مع عوامل الخطورة الموجودة لدى الوالدين، كما أن إنخفاض وزن الطفل أو الإعاقة أو المرض تتدخل بالروابط بين الطفل ووالديه، وقد تجعل الطفل عرضة للإساءة. فقد وجد أن ما نسبته 49% من الأطفال المساء إليهم تحت سن الخمس سنوات، وأن الطفل الوحيد أو طفل الخداج أكثر عرضة للإساءة (تيسير أحمد، 2001).

كما أن بعض الأطفال يعانون من مرض دائم، أو إعاقة دائمة، الأمر الذي يجعل من الصعوبة أحياناً تقديم العناية لهم مما يجعل من الضغوط المادية والجسمية والنفسية على الوالدين محركات للإساءة، وهناك عوامل أخرى تدفع الآباء لإيذاء الأطفال المعاقين، وهي عدم النضج الذهني، والتصرفات السلوكية غير المناسبة التي تصدر من الأطفال (Danuel, 1997, P.249).

وفي بعض الدراسات الحديثة وجدت هند خلقي (1990) أن العديد من الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء كانوا من الإناث، كما وجد أن الطفل الأصغر سناً في الأسرة، أو الطفل الوحيد ذا المشاكل السلوكية، أو الذي يأتي بوزن قليل، أو الطفل الخداج أكثر تعرضاً للإساءة من غيره من الأطفال.

كما وجد أن الطفل الذي يتصف سلوكه بالبكاء الشديد، وعدم الاستجابة يزيد من احتمال تعرضه للإساءة، وبخاصة إذا كان أحد الوالدين المسيء. كما وجد أن الأطفال المساء إليهم يعانون من اضطراب سلوكي أو اضطراب نفسي (مؤمن الحديد وهاني الجهشان، 2001).

وفي دراسة أجراها ميلنر (Milner, 1994) حول العوامل المتعلقة بالطفل والتي تؤدي إلى تعرضه للخطر فقد كانت كما يلي:

1- الوزن المنخفض للطفل أثناء الولادة (أقل من 2500 غم).
2- ولادة طفل لديه مشكلات في النمو.
3- ولادة طفل لديه مشكلات في التغذية.
4- ولادة طفل معاق.
5- إصابة الأم بأمراض في فترات حرجة من حياة الطفل.
6- ولادة طفل من آباء مراهقين (أقل من 17 سنة).
7- ولادة طفل لأسرة لها تاريخ مع العنف.
8- وجود مشاكل أسرية وعاطفية بين الوالدين.
9- تناول الوالدين للكحول والمخدرات.
10- مشكلات اجتماعية واقتصادية داخل الأسرة.
11- ولادة طفل غير مرغوب فيه من قبل أحد الوالدين.

(2) العوامل المرتبطة بالآباء:

إن الإساءة الواقعة على الأطفال المعاقين ذهنياً هي مخزون من العنف والشر لدى الوالدين، ويكون هذا المخزون في حالة سكون، ويساعد على ظهور هذا المخزون إنجاب طفل معاق ذهنياً، وربما يكون سبب هذا العنف تعرض أحد الوالدين للعنف وهو طفل صغير، حيث تشير العديد من الدراسات والتي من بينها

دراسة (Klevens, et al, 2000) أن التعرض للإساءة في الطفولة يعد سبباً في ارتكاب الإساءة للآخرين، مع الحذر في تعميم هذا الافتراض.

كما تشير بعض الدراسات الى أن الآباء المسيئين غالباً ما يكون سلوكهم سلبي تجاه أبنائهم، و أن هؤلاء الآباء لا يهتمون باحتياجات أطفالهم و أن الأمهات اللاتي يسئن لأطفالهن غالباً ما يكن محبطات، سريعات الغضب، قلقات، ناقصات احترام لذواتهن بالإضافة إلى ذلك فقد يعانين من إدمان الكحول، وقد لاحظ (Hunter) 1978 وآخرون أن العديد من الأمهات المهملات أو المسيئات قد عانين من الإهمال في طفولتهن.

كما وجد أن تدني المستوى التعليمي وقلة معرفة الآباء بأمور الطفل النمائية وخصائصه، وغياب مهارات التواصل الشخصي مع الآخرين، والقناعة بأن الطفل ملكية خاصة للأب أو الأم هو عامل مسبب للإساءة. إضافةً إلى إصابة الآباء بأمراض نفسية أو عقلية يكون معها الفرد ممزوجاً بسلوكيات العنف، وعدم التحكم بالمشاعر والغضب وسرعة الانفعال من العوامل المرتبطة بالآباء التي تؤدي إلى ممارسة العنف ضد الأطفال (Sidebotham & Golding, 2001).

كما وجد في دراسة أخرى أن أمهات الأطفال المعاقين أكثر رفضاً لأطفالهن المعاقين، فوجد Cook (2001) أن الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابون بمتلازمة داون غير عاطفيات ويعاقبن أطفالهن بشدة (في: زيد البتال، 2004).

وقد توصلت بعض الدراسات الى أن الآباء المسيئين يتمتعون بخصائص منها:

- خلل سيكولوجي.
- بؤس.
- عدم التوقع المناسب لسلوك أو تصرفات أطفالهم.
- خلل في المحيط العائلي.
- عدم تقنين العقوبات.
- عامل مساعد وهو مشاهدة الآباء لأفلام العنف والرعب.

أما قابلية الآباء في التعامل مع أطفالهم تحدد في:

1- قدرة الوالدين على فهم وتقبل احتياجات الطفل.

2- تاريخ الأب أو الأم (الشخصي) القائم على رعايته وهل تعرض لعنف أو إحباط أو إيذاء من عائلته الأصلية.

3- وقد استخدمت دراسة Perter, (1996) مقياس يهدف لمعرفة الآباء باحتياجات وقدرات أطفالهم، وقدراتهم على التفكير فيها، وأيضاً بمدى معرفة الآباء بمراحل نمو أطفالهم ومتطلبات كل مرحلة (Lauren B, 1996, P455).

كما وجد أن تعاطي المخدرات والكحول من الأسباب المؤدية إلى إساءة الطفل، كما وجد مالتين (Maltin,2000) أن غياب المعرفة والمهارات وافتقار المهارات الأبوية تؤدي إلى الإساءة والإهمال، فقد وجد أن مهارات هؤلاء الآباء تتصف في أغلبها بالعنف والسلبية. إضافةً إلى تدني المستوى التعليمي والمعرفة المتعلقة بأمور الطفل النمائية وخصائصه، وغياب مهارات التواصل الشخصي مع الآخرين يؤدي إلى تعرض الطفل إلى الإساءة.

(3) عوامل مرتبطة بمعلمي الأطفال المعاقين ذهنياً:

يعد معلم الأطفال المعاقين من أكثر الأفراد تحملاً لأعباء الطفل المعاق ذهنياً، كما أنه يتعرض للعديد من الضغوط النفسية أكثر من غيره مما قد يدفع البعض منهم إلى الإساءة للطفل المعاق أو إهماله نتيجةً إلى كبر حجم المسؤوليات الملقاة على عاتقه. إن عطاء معلم الأطفال المعاقين ذهنياً يتوقف على مدى ما يتوافر من رضا عن المهنة واتجاهات ايجابية وأمن نفسي واستقرار، وهذا يؤكد الحاجة إلى بذل أكبر جهد من قبل المعلم الذي غالباً ما يعمل لوحده مع هؤلاء الأطفال الذين يعانون من مستويات مختلفة من الإعاقة ويظهرون انحرافات نمائية ومشكلات سلوكية قد تساهم في احتمالية تعرضهم للإساءة من قبل المعلم المشرف عليهم (Jill & Coleen,1980).

ويشير فاروق صادق (1993) الى أن الأطفال المعاقين ذهنياً يظهرون أنماطاً من السلوك غير التكيفي كالحركات الزائدة والانسحاب من المواقف الاجتماعية وعدم التحكم بالانفعالات والتردد، وكذلك يظهرون أنماطاً سلوكية غير تكيفية أيضاً كالسلوك العدواني والنشاط الزائد والسلوك الفوضوي والتخريبي وإيذاء الذات وعدم

التركيز والتشتت الذي يدفع بعض معلمي الأطفال المعاقين ذهنياً إلى الإساءة لهم ومعاقبتهم.

وهناك العديد من الظروف التي تساعد في حدوث الإساءة على الطفل المعاق ذهنياً، والتي من بينها:

1- الوضع الاجتماعي: إن وجود المشاكل بين الزوجين تزيد من حدة التوتر والضغط النفسي داخل المنزل مما قد يسهم في تسريع فرص تفريغ ثورات الغضب التي تنتاب الآباء والأمهات على أطفالهم فيقع الطفل في دائرة العنف والإيذاء، وإذا كان هذا الأمر يتم مع أطفال أصحاء فإنه من المتوقع في حالة وجود طفل معاق ذهنياً أن تزيد احتمالية الخطر خصوصاً إذا كان كل من الوالدين يحمل الآخر مسؤولية إعاقة طفلهم (ذياب البداينة، 1996).

2- حلقة العنف: تشير نتائج الدراسات الى أن تعرض الآباء إلى العنف والإساءة في طفولتهم يجعلهم أكثر ميلاً إلى إسقاط تجاربهم وخبراتهم السلبية على أطفالهم وخصوصاً أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً (بشير البلبيسي، 1997).

3- الضغوط الاجتماعية: إن اجتماع العديد من الضغوط الحياتية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية المعقدة والمركبة التي يتعرض لها الآباء والأمهات خارج المزل وداخله قد تزيد من حدة التوتر والمشكلات التي تؤدي إلى انتقال حلقة العنف داخل أطر الأسرة، والتي قد تزداد حدتها في حال وجود أطفال معاقين ذهنياً.

4- الوضع الاقتصادي: إن عجز بعض الآباء عن تأمين احتياجات أفراد أسرهم الأساسية نتيجةً لسوء الوضع الاقتصادي الملازم لهم قد يؤدي إلى نشوء صراع بين الزوجين تنعكس سلبياً على الأطفال على شكل صور من الإساءة والعنف على بعض أفراد الأسرة الضعفاء وخصوصاً الأم وبعض الأطفال، ولا سيما الأطفال المعاقون ذهنياً.

5- جهل كثير من الآباء والأمهات بالخصائص النمائية والسلوكية المتعلقة بالطفل المعاق ذهنياً مما قد يدفع بعض هؤلاء إلى إيقاع الأذى والإساءة ضد أطفالهم. (ذياب البداينة، 1996).

العلاقة بين إساءة الطفل وظروف الإعاقة:

إن إساءة معاملة الأطفال ظاهرة سلبية لها آثار مستقبلية على الصحة النفسية والعقلية لهؤلاء الأطفال، خصوصاً إذا كانوا هؤلاء الأطفال معاقين ذهنياً أو مصابين بإعاقات مختلفة فقد تتطور إلى مراحل متقدمة ومستعصية على العلاج في حالة تعرضهم للعنف أو الإساءة المتكررة، مما ينتج عنه إخفاق الأسرة في التعامل مع حاجات ومتطلبات أبنائهم من ذوي الإعاقات المختلفة عموماً والإعاقة الذهنية خصوصاً.

لقد أصبحت العلاقة بين إساءة الطفل وظروف الإعاقة واضحة عندما صرح (Zirpoli) أن هناك عوامل تساهم في الإساءة إلى الطفل وهي: عوامل مرتبطة بالآباء، وعوامل مرتبطة بالطفل.

لقد دلت نتائج العديد من الأبحاث والدراسات التربوية على أن الأطفال المصابين بتخلف ذهني أو إعاقة ما هم أكثر من غيرهم عرضة للإساءة والعنف الموجه ضدهم، حيث من الممكن أن تكون الإعاقة مصدراً مثيراً للضغوط النفسية والتوتر لدى الآباء المسيئين بسبب حاجة الأطفال إلى العناية والإشراف اللازمين لهذا الطفل (مطاوع بركات، 1999).

ومن بين هذه الدراسات تلك الدراسة التي أجراها زنتال (Zantal,1987) والتي توصلت نتائجها الى أن المعاقين ذهنياً يتعرضون للإساءة أكثر من غيرهم من الأطفال. ويمكن تلخيص العوامل التي تساعد على تعرض الأطفال المعاقين للإساءة بما يلي:

- اقل قدرة على الدفاع عن أنفسهم مادياً.
- أقل قدرة على تفسير حقيقة الإساءة.

- غير قادرين على التفرقة بين الاتصال المادي المناسب وغير المناسب سواء تعسفي أو جنسي.
- أكثر اعتماداً على الآخرين لطلب للمساعدة أو الرعاية، ولذلك يكونون أكثر ثقة حيث أن الاعتماد والثقة تترجم إلى خضوع واستجابة.

وهذا ما أكدته أيضاً نتائج الدراسة التي أجراها فيج وكامينير (Vig & Kaminer, 2002) والتي توصلت الى أن نسبة تعرض الأطفال المعاقين للإساءة تزيد بثلاثة أضعاف عن تعرض الأطفال العاديين للإساءة.

كما أشارت نتائج دراسة (Bousha) 1984الى أن ردود أفعال الطفل المعاق ذهنياً المساء معاملته تتمثل في بعض السلوكيات الشاذة المتمثلة فيما يلي:

(1) يهاجم الطفل أسرته والآخرين ليحاول إشباع حاجاته.
(2) ينسحب الطفل من التعامل مع أسرته، وتحت هذا يقع نمو شخصية الطفل الانسحابية، ويتجه نحو الانشغال بذاته.
(3) يتفاعل الطفل بقلق متزايد وينتج لديه أشكال من المرض النفسي مثل:
    - نقص التحكم الانفعالي.
    - تدهور في الوظائف التوافقية (في:سيد رطروط, 2000).

تأثير الإساءة والعنف على الطفل المعاق ذهنياً

لفهم تأثير الإساءة والعنف الجسدي والإهمال على الطفل يجب أن يؤخذ في الاعتبار عمر الطفل، ومرحلة نموه عند وقوع الحدث، ومدة وتكرار الإيذاء، والعلاقة العاطفية في المنزل، ومن الملاحظات الإكلينيكية المتوفرة يبدو أن الإيذاء الجسدي والانفعالي والإهمال يؤثر على الطفل في عدة مستويات منها النمو الجسمي، والإدراكي، والنفسي، والعاطفي (لطيفة قادر، 2002).

أولاً: التأثيرات الجسدية:

يتأثر القائمون بالعناية بأطفالهم من الإصابات كالكدمات، والحروق وغيرها إلى وجود مشاكل مزمنة كآثار جانبية لهذه الإصابات مثل فقدان السمع، تلف العين،

وغيرها. وأن السقوط والكسور في الجمجمة قد تسبب إعاقة ذهنية للأطفال (هند خلقي، 1990).

ثانياً: التأثيرات على التطور والنمو الإدراكي:

تشير العديد من الدراسات إلى تأخر في النمو الإدراكي، اللغة، الإدراك الحركي بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا للإيذاء.

وقد حذر (Caffey) 1972 من أن هز الطفل بعنف ربما يؤدي إلى إعاقة ذهنية، وقد أظهرت عديد من الدراسات أن الإعاقة الذهنية غالباً ما تنتج عن صدمات دماغية بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا للإيذاء، وأيضاً لاحظوا نقصا في مستوى الذكاء وعجزاً في النظام العصبي.

وبوضوح فإن آثار الإيذاء الجسدي والعنف من الممكن أن تكون خطيرة مثل تأخر في النمو في العديد من وظائف الجسم، وغالباً ما يكون تأخر في نمو واكتساب اللغة وذلك يكون سببه نقصا في المحاكاة والضغوط العاطفية على الطفل (هند القيسي، 2004).

ثالثاً: التأثيرات على النمو السيكولوجي:

تأثير الإساءة والإهمال على النمو النفسي من وجهة نظر Anna Freud (1965) التي تؤكد على حقيقة أن الطفل في سنوات عمره الأولى صفحة مفتوحة تؤثر فيها البيئة المحيطة، وأن حاجة الطفل إلى الخبرة والتعلم تجعل الطفل في وضع غير اختباري لتقبل ما يمليه عليه الكبار المحيطين به وذلك لعدم قدرتهم على العناية بأنفسهم، والأطفال مجبرون على تقبل أي نوع من الرعاية التي توجه لهم، وتضيفAnnaFreud (1970) أن في حالات المعاملة السيئة فإن المعتني بالطفل يؤثر على تطور الأنا، ومثلاً (الأم التي تسيء لطفلها) تكون هي نفسها المصدر الخارجي له للتعامل مع البيئة الخارجية والممثلة للعالم الخارجي، كما تكون هي نفسها النموذج السيئ التي تسيء له، وبالتالي يصبح الطفل غير قادر على التفاعلات الاجتماعية السليمة، ولأنها المصدر الأول لتكوين أول علاقة اجتماعية سليمة، هي التي تقيم الإساءة عليه, ويصبح بذلك الطفل المساء له عدوانياً، غير قادر على

التفاعل مع الآخرين بطريقة سوية لأن الأنا الداخلية له بنيت بطريقة غير سليمة (في: سهى أمين,1999).

رابعاً التأثيرات العاطفية:

إن التأثيرات العاطفية قد تؤدي في كثير من الأحيان إلى حدوث اضطرابات سلوكية لدى الطفل المساء إليه، والتي من بينها:

(1) يكون غير متزن عاطفياً.

(2) لا يحترم الطفل ذاته.

(3) يشعر الطفل بالذنب دائماً.

(4) غير قادر على إقامة علاقات اجتماعية متزنة مع الآخرين.

(5) علاقته مع والديه يشوبها التوتر وعدم الثقة (محمد أبو عليا، 2000).

و كما توصلت نتائج الدراسات الى أن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة، يبدو عليهم الانعزالية، والخوف، والعدوانية، وسلوكهم متقلب، ويحاولون الثأر، ويبدون تأخراً في التعلم، وقد يسلكون سلوكا محطما لذواتهم وللآخرين. وأيضاً يبدو الأطفال مهملين في سلوكهم (سلوك غريب في الأكل مثل الأكل بشراهة، أو أكل أشياء غير صالحة للأكل، عدم الأكل) ويظهر على هؤلاء علاقات اجتماعية ضعيفة (يحيى أبو نواس، 2003).

الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات التي أجريت حول موضوع الإساءة بصفة عامة وإساءة الأطفال المعاقين بصفة خاصة سواء على صعيد الدراسات العربية أو الأجنبية وتلك الدراسات التي أجريت حول الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً كانت دراسات استطلاعية، وسوف يتم عرض تلك الدراسات والتي صنفها الباحث إلى ثلاثة أقسام:

أولاً الدراسات التي تناولت مقارنة الأطفال المعاقين ذهنياً والمساء إليهم مع أقرانهم غير المساء إليهم.

ثانياً الدراسات التي تناولت أبعاد الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المعاقين ذهنياً والعوامل المسببة لها.

ثالثاً الدراسات التي تناولت خصائص وسمات المعلمين وأولياء الأمور المسيئين للأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقتها ببعض المتغيرات.

وفيما يلي عرض موجز لبعض هذه الدراسات وتحليل نتائجها:

أولاً: الدراسات التي تناولت مقارنة الأطفال المعاقين ذهنياً المساء إليهم مع أقرانهم غير المساء إليهم.

1- دراسة كل من بيفرلي (Beverly et al,2006):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى شيوع الاعتداء الجنسي على الفتيات المعاقات بالمقارنة مع الفتيات العاديات.

ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية من (55) فتاة من ولاية بانسلفينيا في الولايات المتحدة الأمريكية. وبعد جمع المعلومات من عينة الدراسة عن طريق المقابلات المباشرة أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الفتيات المعاقات، أي أن الفتيات المعاقات تعرضن إلى الاعتداء الجنسي أكثر من الفتيات العاديات، وأن نسبة الاعتداء الجنسي كان مرتفعة لصالح الفتيات المعاقات مقارنة بأنواع الاعتداءات الأخرى التي يتعرض لها الفتيات العاديات.

2- دراسة نبيلة السروري (2005):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأطفال المساء إليهم مقارنة بالأطفال غير المساء إليهم، وكذلك معرفة الاضطرابات النفسية التي ترتبط بكل شكل من أشكال الإساءة.

تألفت عينة الدراسة من (352) طالباً وطالبة منهم (172) ذكور و(180) إناث تراوحت أعمارهم بين (7-16) سنة وقد بلغ عدد المساء إليهم (58) طالباً وطالبة منهم (41) ذكور و(17) إناث، طبق عليهم مقياس الاضطرابات النفسية.

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فروق بين متوسطات الأطفال المساء إليهم والأطفال غير المساء إليهم لصالح الأطفال المساء إليهم في أبعاء القلق والاكتئاب والانسحاب والمشكلات الإجتماعية والسلوك العدواني، كما تبين أيضاً أن الإساءة الانفعالية تساهم بنسبة كبيرة من التباين في أبعاء الانسحاب والإكتئاب والمشكلات الإجتماعية والانتباه لدى الأطفال المساء إليهم مقارنة بالأطفال العاديين.

3- دراسة كارين ولاري (Karen A & Larry L, 2004):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مدى تعرض الأطفال المعاقين للإساءة مقارنةً بأقرانهم من الأطفال العاديين ومعرفة أسباب تعرض الأطفال إلى الإساءة.

وتوصلت الدراسة أن نسبة من يتعرض للإساءة من الأطفال المعاقين بلغ 31%، بينما نسبة من يتعرض للإساءة من الأطفال العاديين بلغ 9% فقط، في حين كان من أهم أسباب تعرض الأطفال المعاقين للإساءة، مرتبة حسب الأهمية ما يلي: تعرض الوالدين للضغوط النفسية، والعزلة الاجتماعية، تحمل أعباء الطفل والإجهاد الناتج عن ذلك، خصائص الطفل المعاق، شدة الإعاقة تتناسب طردياً مع درجة العنف، فكلما كانت درجة الإعاقة شديدة كانت نسبة تعرض الطفل إلى الإساءة أكبر.

4- دراسة يحيى أبو نواس (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال الذين تعرضوا للإساءة والأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءة.

وكانت العينة 87 طفل تعرضوا للإساءة و100 طفل لم يتعرضوا للإساءة.

تم تطوير استبانة تكونت من 56 موزعة على ستة أبعاد هي (العدوانية, والاعتمادية, وعدم الثقة بالنفس, والعزلة, ونقص المهارات الاجتماعية, والصورة السيئة عن الذات).

وكانت النتائج أن أكثر أشكال الإساءة شيوعاً الإساءة الجسدية وهي أعلى من نسبة الإساءة الجنسية والإساءة النفسية حيث بلغت نسبتها 44.8% بين الأطفال الذين تعرضوا للإساءة وان أكثر أربعة خصائص نفسية واجتماعية شائعة لدى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة هي العدوانية نقص المهارات الاجتماعية والاعتمادية والعزلة.

5- دراسة نحمده حسن (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن إساءة معاملة الأطفال نفسياً وعلاقتها بالعصابية لدى الأم " دراسة مقارنة بين الريف والحضر".

ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة الدراسة عشوائيا من مجموعة مدارس حكومية في الريف والحضر من محافظتي الفيوم والقاهرة وكان عدد العينة 200 طفل من الريف و200 أم من الريف و156 طفل من الحضر و156 أم من الحضر.

واستخدمت هذه الدراسة أداتين هما استبانة إساءة معاملة الأطفال نفسياً من أعداد الباحثة واختبار ايزك "العصابية" تعريب د احمد عبد الخالق.

وبعد جمع النتائج وتحليلها توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أن هناك فروق ذات دلالة إحصائياً بين تلاميذ الريف وتلاميذ الحضر في درجة الإحساس بالإساءة النفسية تجاه أطفال الريف وأظهرت النتائج أن أكثر صور الإساءة النفسية شيوعاً هو الإهمال يليه إثارة الألم النفسي والرفض بينما نجد أن التهديد يتضح بنسبة متساوية في الريف والحضر على حد سواء وانه توجد فروق ذات دلالة إحصائياً بين عصابية الأم في الريف وعصابية الأم في الحضر تجاه الأم في الريف.

6- دراسة اليس وآخرون(Alice et al, 1974) :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الذين تعرضوا للإساءة مع مجموعة من الأطفال المعاقين ذهنياً لم يتعرضوا للإساءة، في ضوء متغيرات (الجنس، والعمر، والوضع الاقتصادي والاجتماعي).

ولتحقيق هدف الدراسة تم اختيار (30) طفلاً معاقاً ذهنياً ممن تعرضوا للإساءة مع(30) طفلاً معاقاً ذهنياً لم يتعرضوا للإساءة. وبعد جمع البيانات وتحليلها عن طريق الملاحظة توصلت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في نسبة الذكاء، حيث كانت النتائج لصالح المجموعة التي لم تتعرض للإساءة. كما لم تظهر النتائج أية فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين تعزي للجنس أو للمتغيرات الأخرى الوضع الاقتصادي والاجتماعي.

ثانياً الدراسات التي تناولت أبعاد الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المعاقين ذهنياً والعوامل المسببة لها.

1- دراسة ليث (Leigh, 2005):

هدفت هذه الدراسة إلى مراجعة نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في أمريكا، والتي تقصت مجموعة الممارسات والأساليب التي يتعرض لها الأفراد المعاقين عقلياً والتي تساهم في استغلالهم جنسياً، حيث أشارت النتائج أن الأطفال المعاقين يتعرضون للإساءة الجنسية وبنسب متفاوتة، ومن بين ما توصلت إليه الدراسة ما يلي:

أن نسبة تعرض الفتيات المتخلفات عقلياً إلى الاعتداء الجنسي، أعلى من نسبة تعرض الأفراد الذكور المعاقين عقلياً إلى الاعتداء الجنسي. كما وجد أن أغلبية تعرض الأطفال المعاقين عقلياً للإساءة الجنسية يتم قبل بلوغهم سن (18) سنة. كما توصلت الدراسة أن غالبية الأطفال المستغلين جنسياً يتم عن طريق أقارب أو معارف الطفل المتخلف عقلياً.

2- دراسة موزة الدوي (2005):

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في ظاهرة إيذاء الطفل في مدارس المرحلة الإلزامية في مملكة البحرين وكذلك التعرف على خصائص الأطفال المتعرضين للإيذاء ووالديهم وأنواع الإيذاء الذين يتعرضون له من والديهم.

وقد تم اختيار عينة مكونة من 20 مدرسة تمثل محافظات مملكة البحرين من الجنسين وكانت أعمارهم تتراوح مابين (6-14) سنة.

استخدمت هذه الدراسة أداة (استبانه) تقيس مظاهر إيذاء الأطفال.

وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين متغير الجنس والمرحلة التعليمية وظاهرة إيذاء الأطفال وان هناك فروق في مستوى التعرض للإيذاء حسب متغير العمر ووجود علاقة بين مهنة الآباء في القطاع العسكري ونسبة تعرض الطفل للإيذاء ووجود علاقة عكسية بين تدني المستوى التعليمي للأم ونسبة تعرض أفراد العينة للإيذاء وعلاقة كون الأم غير عاملة ((ربة منزل)) وبين تعرض الطفل للإيذاء.

3- دراسة وائل ثروت حسن الزغل (2004):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إساءة معاملة الطفل المعاق ذهنياً من الدرجة البسيطة وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية.

وبلغت عينة الدراسة (204) 103 ذكور و101 إناث وتتراوح أعمارهم من 8 إلى 14 سنة بالمحلة الكبرى في مصر.

وقد استخدمت هذه الدراسة 3 مقاييس وهي مقياس الإساءة الوالدية من إعداد الباحث ومقياس السلوك التكيفي لفاروق صادق الجزء الثاني واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي من إعداد فايز يوسف.

وأظهرت النتائج انه توجد علاقة ذات دلاله إحصائية بين الدرجة الكلية للإساءة والدرجة الكلية لبعض المشكلات النفسية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً,كما أظهرت النتائج أنة توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإساءة بأبعادها وبعض المشكلات النفسية لدى الأطفال المعاقين ذهنيا,كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مدى تأثرهم بإساءة المعاملة لصالح الذكور,كما بينت النتائج إلى عدم

وجود فروق دالة بين الذكور والإناث المساء معاملتهم في مستوى تأثرهم ببعض المشكلات النفسية لديهم.

4- دراسة هند القيسي (2004):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تأثيرات الإساءة بنوعيها (الانفعالية والجسدية) والإهمال بنوعيه (الانفعالي والجسدي) على الذكاءات النمائية المتعددة كما وردت في نظرية غاردنر.

وقد أجريت هذه الدراسة على (550) طالباً وطالبة منهم (291) ذكور و(259) إناث تم اختيارهم من عشر مدارس من المدارس التابعة لمديريات مناطق عمان. واستخدمت هذه الدراسة مقاييس الذكاءات النمائية (MIDAS) والتي وضعها شيرر وطبقت أيضاً في الدراسة استبانة الإساءة للطفل (CTQ) والتي وضعها بير نشتاين وفنك.

وتوصلت النتائج أن الإساءة الانفعالية مشابهة لنتائج الإساءة الجسدية وإن نتائج الإهمال الانفعالي مشابهة لنتائج الإهمال الجسدي, وان للإهمال بنوعية (الانفعالي والجسدي) له تأثير اكبر من تأثير الإساءة بنوعيها (الانفعالية والجسدية) على الذكاءات النمائية المتعددة.

5- دراسة لطيفة قادرة (2002):

هدفت هذه الدراسة لتعرف على إساءة المعاملة البدنية والإهمال لدى عينة من طالبات المرحلتين الابتدائية والمتوسطة وبعض السمات الشخصية لأمهاتهن.

وكانت العينة 100 طالبة وتتراوح أعمارهن (6-14) سنة.

ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح طالبات المرحلة المتوسطة في اختبار إساءة المعاملة والإهمال نتيجة لاختلاف المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي.

6- دراسة تيسير الياسين, مؤمن الحديدي, تغريد السرحان (2001):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل المسببة للإساءة بأنواعها المختلفة (الجسدية, الجنسية والنفسية) ومدى تكرار هذه العوامل وعلاقتها بأنماط الإساءة المختلفة.

واشتملت عينة الدراسة على مائة طفل منهم(75) طفلة و(25)طفل تراوحت أعمارهم مابين(5- 15) سنة.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أغلبية الأطفال المساء إليهم من الإناث، كما تبين أن أكثر أنماط الإساءة شيوعاً هي الإساءة النفسية والإهمال، ثم الإساءة الجسدية، ثم تليها الإساءة الجنسية.

7- دراسة بروس وآخرون (Bruce et al, 1999):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات النفسية التي يتعرض لها الأطفال المعاقين الذين تعرضوا للإساءة، وإجراءات الوقاية والعلاج التي يمكن أن تساعدهم على التخلص من الضغوط النفسية التي تواجههم.

من خلال دراسة (7) حالات تعرضت للإساءة الجنسية، وكشفت النتائج عن وجود اضطرابات نفسية ومشكلات متعددة كالعزلة والتي ترتبط بالعجز المعرفي الذي يحدث بداية بالإعاقة النمائية وضغوط ما بعد الصدمة، كما أشارت النتائج انه عادة ما يتبع الإساءة صعوبة في التواصل مع الآخرين، كذلك أشارت النتائج إلي أن الخبرة للطفل المعاق والتي يكتسبها من قبل الآخرين تلعب دوراً بارزاً في الوقاية من الإساءة الجنسية، كما تلعب خبرات الأفراد المقربين من الطفل المعاق، دوراً هاماً في علاجه الأطفال المساء إليهم.

8- دراسة شيلا وآخرون (Sheila et al, 1998):

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على مظاهر الإساءة الجنسية لدي الأطفال المعاقين والآثار الناجمة عن هذه الإساءة ومقارنتها مع الأطفال العاديين كذلك هدفت الدراسة إلى المقارنة بين مظاهر الإساءة والآثار الناجمة عنها بين الأطفال المعاقين وغير المعاقين.

وأجريت الدراسة علي عينه من الأطفال بلغ عددهم (86) طفلا بواقع (43) طفل معاق و(43) طفل عادي من بين الذين حضروا للعلاج من أثار الإساءة الجنسية.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الآثار بين الأطفال المعاقين والعاديين في الإساءة الجنسية متشابهة، كما أشارت النتائج إلى أن الآثار الناجمة عن الإساءة الجنسية معقدة وان الأطفال المساء إليهم يعانون من عدم القدرة على التكيف.

9- دراسة جون وآخرون (John et al, 1998) :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أنواع الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المعاقين في الولايات الأمريكية ومدى ارتباطها ببعض المتغيرات.

ولتحقيق ذلك تم استخدام دراسة الحالة لعينة من الأطفال المعاقين الذين تعرضوا للإساءة، بلغ عددهم (6) أطفال.

وبعد جمع البيانات وتحليلها أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الإهمال والاعتداء الجنسي أكثر أنواع الإساءة حدوثاً لهؤلاء الأطفال. كما أظهرت النتائج أن وقت حدوث الإساءة يتم بين الساعة 3 – 6 مساءً، و أن الأشخاص القريبين من المعاقين عقلياً هم من يقومون بالإساءة.

10- دراسة (لبيبة أبو شريف,1991):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الأنماط السلوكية غير التكيفية المرتبطة بإيقاع الإساءة البدنية على الأطفال المعوقين ذهنياً الملتحقين بمدارس التربية الخاصة في الأردن ,كما هدفت الدراسة إلى التعرف على الأنماط السلوكية غير التكيفية التي تميز بين الأطفال المعوقين ذهنياً المساء إليهم والأطفال المعوقين ذهنياً غير المساء إليهم وكذلك هدفت إلى تحديد ارتباط هذه الأنماط بكل من متغيري الجنس والعمر.

وكانت العينة200 طفل, نصفهم من الأطفال المعاقين ذهنياُ المساء إليهم بدنياً,تم التعرف عليهم عن طريق أداة الكشف عن الإساءة البدنية ,والنصف الأخر من الأطفال المعاقين ذهنياً غير المساء إليهم بدنياً وقد روعي في اختبار كل من الأطفال

المعاقين ذهنياً المساء إليهم بدنياً وغير المساء إليهم بدنياً تساوي عدد الذكور والإناث وتمثل الفئات العمرية المختلفة.

ودلت نتائج الدراسة إلى أن أكثر السلوكيات غير التكيفية ارتباطا بالإساءة تتمثل في [النشاط الزائد - الانسحاب - العدوان - القلق والخوف - التمرد والسلبية - الفوضى والتخريب - العادات الشاذة والسلوك النمطي وكان أقلها المشكلات الخلقية وإيذاء ألذات]، كما أشارت نتائج الدراسة إلي أن ابرز أنماط السلوك التكيفي التي ساهمت في التمييز بين الأطفال المعوقين ذهنياً المساء إليهم بدنيا وبين الأطفال المعوقين ذهنياً غير المساء إليهم بدنيا تمثلت في التمرد والسلبية والنشاط الزائد والعادات الشاذة والسلوك النمطي، كما أشارت النتائج أيضا انه لا توجد دلالة إحصائية بين متوسطات الذكور ومتوسطات الإناث من الأطفال المعوقين ذهنياً المساء إليهم بدنيا على جميع أنماط السلوكيات غير التكيفية.

11- دراسة كارلسون (Carlson, 1997):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل البيئية التي تساعد على الإساءة ضد المعاقين ذهنياً بعد أن يتم إدماجهم في المجتمع.

حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من(47) شخصًا من المعاقين ذهنياً

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن أبرز ما يتعرض له المعاقون عقلياً يكون احتقارهم والتقليل من أهميتهم، ولومهم، وحرمانهم من حقوقهم الشرعية. وهذا ما يجعلهم يعانون من عدم القدرة على التواصل مع هذا المجتمع ولا يستطيعون حل مشكلاتهم.

12- دراسة مارشيتي (Marchetli A, 1990):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة حالات الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المعاقون ذهنياً ومدى ارتباطها في أماكن الرعاية وما هي الظروف التي تساهم في وقوع الأطفال المعاقين ذهنياً للإساءة.

ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينه الدراسة من الأطفال المعاقين ذهنياً الذين تم تصنيفهم على أنهم تعرضوا للإساءة،وقد بلغت عينة الدراسة من (60) طفلاً. وبعد إجراء مجموعة من المقابلات مع عينة الدراسة. أشارت النتائج أن أكثر أشكال الإساءة إلتي يتعرض لها الأطفال المعاقون ذهنياً تحدث في أماكن الرعاية والأماكن العامة، كما أشارت النتائج أن الكثير من حالات الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المعاقين يتم التستر عنها وخصوصاً حالات الإساءة الجنسية، وأن نسبة الحالات المبلغ عنها يبدو قليلاً مقارنه بالحالات الموجودة بالفعل.

13- دراسة زانتل (Zantal W, 1987):

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على مظاهر الإساءة للأطفال المعاقين ذهنيا. وذلك من خلال فحص عينه من الأطفال المعاقون ذهنياً ممن تعرضوا للإساءة وكان عددهم80 طفلاً.

ودلت نتائج الدراسة إلي أن هناك علاقة بين إساءة معاملة الطفل وظروف الإعاقة كما أشارت النتائج إلي أن الأسباب الرئيسية لوقوع الطفل المعاق أو المعاقون ذهنياً خاصة تحت خطر الإساءة هي اعتمادهم الكبير على المساعدة أو الرعاية، إضافةً لأنهم أقل قدرة في الدفاع عن أنفسهم مقارنة بالأطفال العاديين عند التفاعل مع الآخرين بصورة سوية.

14- دراسة زيربول (Zirpol T, 1987):

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على مظاهر الإساءة للأطفال المعاقون ذهنياً، ومدى ارتباط حدوث الإساءة بخصائص هؤلاء الأطفال وأثرها عليهم.

ولتحقيق هدف الدراسة تم اختيار عينة الدراسة من (91) طفلاً من المعاقين ذهنياً ممن تعرضوا للإساءة، وقد تراوحت أعمارهم مابين (11 : 14) سنة. وبعد

جمع البيانات وتحليلها من خلال المقابلات المباشرة مع عينة الدراسة، أشارت النتائج أن هناك علاقة بين حدوث الإساءة وشدة الإعاقة الذهنية لدى الطفل، حيث تبين أن نسبة حدوث الإساءة تزداد بازدياد شدة درجة الإعاقة لديهم، وأن هناك علاقة إيجابية بين زيادة الإساءة للأفراد بازدياد نسبة العلاقة معهم، كما أظهرت النتائج أن الأطفال المعاقين ذهنياً يتعرضون للإساءة بنسبة تزيد عن نسبة تعرض الأطفال العاديين للإساءة.

ثالثاً الدراسات التي تناولت سمات وخصائص المعلمين وأولياء الأمور المسيئين للأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقتها ببعض المتغيرات:

1- دراسة صالح عاصلة (2004):

تناولت هذه الدراسة موضوع أشكال الإساءة الوالدية وعلاقتها بمستوى تعليم الوالدين ودخل الأسرة والسلوك العدواني لدى طلاب الصف العاشر.

وتم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية وتكونت من 298 طالب وطالبة وتتراوح اعمارهم (6-12).

وقد استخدمت هذه الدراسة أداتان هما مقياس ممارسة الاساءة الوالدية للأطفال الذي من إعداد الطراونة ومقياس السلوك العدواني من إعداد الباحث.

وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الإساءة الوالدية ينخفض مع إرتفاع المستوى التعليمي للأم أما بالنسبة لعلاقة الإساءة الوالدية بمستوى تعليم الأب فقد كان أعلى أشكال الإساءة لدى الآباء الذين يحملون مؤهل ثانوية أو جامعية.

2- دراسة إيمان العقرباوي (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص الشخصية للأفراد المسيئين للأطفال من حيث إصابتهم بالاضطرابات الذهنية والسمات الشخصية المميزة لهم وعلاقتها بنمط الإساءة.

تم اختيار عينة المسيئين تألفت من (85) فرد مسيٌّ, (30) منهم أساءوا للأطفال إساءات جسدية,و(55) أساءوا للاطفاك إساءات جنسية.

استخدمت هذه الدراسة اختبار مينوسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (MMPI) بالصورة الأردنية.

وكانت النتائج بأن الأفراد المسيئين للأطفال إساءات جسدية يتسمون بسمات الشخصية العصابية والاكتئابية بينما يتسم الأفراد المسيئون للأطفال إساءات جنسية الشخصية السيكوباتية.

3- دراسة نادية العمري (2003):

هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين أساليب إساءة معاملة الطفل من قبل الوالدين والمعلمين وبعض الاضطرابات النفسية كما يدركها الطفل.

وتكونت العينة من150 طفل تتراوح أعمارهم من (9-12).

واستخدمت الباحثة مقياس إساءة المعاملة من إعداد الباحثة, ومقاييس القلق من إعداد نجوى شعبان, ومقياس الاكتئاب من أعداد عبد الرحمن السيد.

ومن أهم النتائج أنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين درجات الأطفال في أساليب إساءة معاملة الوالدين للطفل البدنية والنفسية كما يدركها الطفل وتوجد علاقة ارتباطيه موجبة ودالة إحصائيا بين درجات الأطفال في أساليب إساءة معاملة المعلمين للطفل البدنية والنفسية كما يدركها الطفل.

4- دراسة ضرار عسال (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على ردود فعل الأمهات المعنفات المتمثلة بالإساءة إلى أطفالهن في النواحي الجسدية والنفسية وذلك بسبب تعرضهن للعنف من قبل أزواجهن داخل الأسرة الأردنية.

وتألف مجتمع الدراسة من جميع الأمهات المعنفات المراجعات لاتحاد المرأة الأردنية خلال عام 2001, والبالغ عددهن 995 أم معنفة, وتم أخذ عينة عشوائية منتظمة من مجتمع الدراسة وبلغ عددها 100 حالة.

ودلت النتائج عدم تعرض الأطفال للإساءة الجسدية والنفسية والإهمال من وجهة نظر الأطفال أما من وجهة نظر الأمهات أظهرت النتائج عدم تعرض الأطفال للإساءة الجسدية وإنما دلت على تعرض الأطفال للإساءة النفسية والإهمال.

5- دراسة لين (Lynn, 2001):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أنواع الإساءة التي يتعرض لها الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ومدى صحة إدعاءات هؤلاء الأطفال في حدوث الإساءة ودرجة القرابة بين الطفل المساء إليه وبين الشخص الذي ارتكب الإساءة.

ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق الدراسة على عينة بلغت (1220) فرداً في ولاية نورث كارولاينا حيث تم ذلك عن طريق استخدام المقابلة المباشرة لمعرفة هذه الادعاءات.

وبعد جمع المعلومات وتحليلها تم التوصل إلى النتائج الآتية: أن الكثير من ادعاءات الإناث بحصول الإساءة غير صحيحة، وخصوصاً ادعائهن بتعرضهن للإساءة الجنسية، كما أظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في صحة الادعاءات المتعلقة بتعرضهم للإساءة الجسدية.

6- فاطمة الطراونة (2001):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أشكال إساءة المعاملة الوالدية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية لأسرهم وبالتوتر النفسي لديهم.

وكانت العينة 979 طالباً وطالبة من محافظة الكرك.

تم تطبيق مقياس ممارسة الإساءة الوالدية للأطفال كما يدركها الأبناء من إعداد الباحث.

وأظهرت النتائج أن أفراد العينة يتعرضون لأشكال الإساءة الوالدية ولكن بدرجة مختلفة ,حيث تبين بأنهم يتعرضون للإساءة النفسية بدرجة كبيرة ثم يليها الإهمال,ودلت نتائج الدراسة على وجود أثر ذي دلالة إحصائية لكل من جنس الطفل ,والمستوى التعليمي لكل من الأب والأم, ودخل الأسرة.

7- دراسة نجلاء الزهار (2001):

هدفت هذه الدراسة للتعرف على العلاقة بين مظاهر إساءة معاملة الأطفال والتأخر الدراسي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

وكانت العينة 355 تلميذاً وتلميذة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ممثلين لثلاث صفوف (الصف الثالث, الرابع, الخامس الابتدائي) موزعين في ثلاث مدارس (حكومية, خاصة, تجريبية) ومقسمين إلى مجموعتين وهما مجموعة التلاميذ غير المتأخرين دراسياً وعددهم 253, ومجموعة التلاميذ المتأخرين دراسياً وعددهم 102 تلميذ.

تم تطبيق مقياس إساءة المعاملة الوالدية كما يدركها الوالدان (إعداد بدرية كمال), ومقياس إساءة المعاملة الوالدية كما يدركها الأطفال من (أعداد الباحثة).

وكانت النتائج انه توجد فروق لظاهرة إساءة المعاملة الوالدية بين التلميذات المتأخرات دراسياً والتلميذات غير المتأخرات لصالح التلميذات المتأخرات دراسياً, كما وضحت النتائج انه توجد فروق لمظاهر الإساءة الوالدية لصالح التلاميذ المتأخرين دراسياً.

8- دراسة سيد رطروط (2000):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على احتمالية إصابة الطفل المعاق ذهنياً بمخاطر سوء المعاملة الوالدية والى كيفية تعامل الأسرة مع المعاق عقليا.

وتكونت عينة الدراسة من 345 معاق ذهنياً من المقيدين في سجل الخدمة الاجتماعية_ إدارة حماية الأسرة.

واستخدمت هذه الدراسة أداة على شكل استبانة وجهت أسئلته الى المشرف على رعاية الطفل المعاق, بالإضافة على استخدام أسلوب المقابلة المعمقة ودراسة الحالة الفردية.

وأشارت نتائج الدراسة إلي أن الأطفال الذين تعرضوا إلى الإساءة الجسدية و الإهمال والمتمثل في التخلي عنهم وإلقائهم قرب أحد سكك الحديد، كما بينت الدراسة أن الأسرة غير متقبلة للطفل المعاقة إلى حد كبير وهناك كثير من السلوكيات الخاطئة والممارسات الخاطئة في عمليات التفاعل والتعامل مع الطفلة، كذلك أشارت النتائج إلي أن الأطفال المعاقين يفتقدون إلي المهارات الاستقلالية الأولية واللازمة لهم نتيجة عدم اهتمام الأسرة وقلة وعيهم بإصابة طفلهم، كذلك أشارت الدراسة إلي أن تدني المستوى التعليمي للوالدين وتدني المستوى الاقتصادي للأسرة أدى إلى التسرع في إساءة المعاملة للطفل، كذلك أوضحت نتائج الدراسة انه لا يتم إشراك الطفل المعاق في التفاعل مع أفراد أسرته والمحيط الاجتماعي الخارجي، كما بينت النتائج أن الأسرة تنظر إلي إعاقة طفلهم الذهنية على أنها وصمة عار ضاغطة عليهم وهي تؤثر عليهم سلبا، كما أشارت نتائج الدراسة أنه يمكن أن تكون نتائج هذه الدراسة مؤشراُ لإبراز الظروف التي قد تشكل قاسم مشترك لموضوع التقبل أو عدمه في الدراسات الأخرى، كما خلصت الدراسة إلى جملة من النتائج التي انبثقت من التساؤلات في الدراسة ومن أبرزها تحديد الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية لأسرة الطفل المعاق ذهنياً.

9- دراسة عامر المصيري (2000):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الألفاظ التي تستعمل من قبل الوالدين في الإساءة اللفظية ضد الأطفال.

وتكونت العينة من 1673 طالب وطالبة ومتوسط أعمارهم من 5-14 سنة.

ومن اهم نتائج الدراسة انة كلما زاد استخدام الإساءة اللفظية ضد الأطفال زادت شدة تأثرهم بها, وأن الذكور أكثر تعرضاً لتكرار الإساءة اللفظية من الإناث ,وان الإناث أكثر تأثراً بالإساءة اللفظية من الذكور.

كذلك أشارت النتائج الى أن زيادة عدد أفراد الأسرة يزيد من استخدام الإساءة اللفظية,كما ان الوالدين ذوي الدخل المتدني أكثر استخداماً للإساءة اللفظية.

10- دراسة إيهاب ناشد (1991):

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على مظاهر الإساءة الموجهة للأطفال كما يراها أولياء الأمور وكذلك التعرف علي الفروق بين أولياء الأمور باختلاف المستوي الاجتماعي والثقافي، كما هدفت الدراسة إلي التعرف علي بعض مظاهر الإساءة التي يلجاء إليها أولياء الأمور ومدي اختلافها باختلاف المستوي الاجتماعي الثقافي.

وأجريت الدراسة على عينة تكونت من (1486) من أولياء الأمور كعينة أولية، و(1205) من أولياء الأمور كعينة نهائية.

ومن بين هذه النتائج التي توصلت لها الدراسة أن أولياء الأمور من ذوي المستوى الاجتماعي المنخفض لا يهتمون بقدرات الطفل واحتياجاته مقارنه بأولياء ألامور من المستوى الاجتماعي المرتفع، كما أشارت نتائج الدراسة إلي أن أولياء الأمور من المستوى الاجتماعي المنخفض يلجئون إلى العقاب بالضرب أو العقاب العنيف مقارنة بأولياء الأمورمن ذوي المستوى المرتفع، كذلك أشارت النتائج إلي **أن** أولياء أمورمن المستوى المنخفض غير واعين بالطفل ومراحل نموه، كما أظهرت نتائج الدراسة أن أسباب حدوث ظاهرةالإساءة متوافرة في المستوى المنخفض أكثر منه في المستويات الأخرى، حيث أشارت إلي أن معدل حدوث الإساءة الجنسية في المستوي المنخفض بلغت (3.85%) بينما بلغت هذه النسبة في المستوي المرتفع (0.62%) بينما كانت مظاهر الإساءة البدنية منتشرة بنسبة(44.55) في المستويات المنخفضه وبنسبة (33.95) في المستويات المرتفعة،كما أشارت نتائج الدراسة أن معدل الإساءة البدنية والإهمال مرتفعة.

11- دراسة براندا (Bernada, 1991):

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على دوافع الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، كما سعت الدراسة إلى معرفة مدى الفروق في تعرض الأطفال المعاقين ذهنياً وغير المعاقين للإساءة من قبل الأمهات.

ولتحقيق ذلك الهدف فقد أجريت الدراسة على(53) أماً ممن لديهن أطفال معاقين ذهنياً و(60) أماً ممن لديهن أطفال عاديين.

وأشارت نتائج الدراسة إلي أن هناك إحصائيات بنسب عالية عن انتشار إساءة الطفل خاصة في الأسر التي يوجد لديها أطفال معاقين ذهنيا، وأن دوافع الإساءة عامة لم تعزى لأسباب معينة، كما بينت نتائج الدراسة أن الإساءة ضد الأطفال شائعة سواء كانوا يعانون من أعاقة عقلية أو لا يعانون من هذه الاعاقه، كما أوضحت نتائج الدراسة أن معدلات الإساءة ضد الأطفال تقل في الأسر التي لديها أطفال عاديين مقارنة بالأسر التي لديها معاقين ذهنياً، حيث أظهرت النتائج أن أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً لديهن مستويات عالية من الإساءة مقارنة بأمهات الأطفال العاديين.

التعليق على الدراسات السابقة

يتضح من الدراسات السابقة التي تناولت شيوع ابعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، أن كلاً منها سعت إلى التعرف على درجة شيوع هذه الظاهرة ومدى ارتباطها ببعض المتغيرات كالجنس والعمر ودرجة الإعاقة والأفراد المسيئين لهم.

فمثلاً دراسة نادية العمري (2003) هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أساليب إساءة معاملة الطفل من قبل الوالدين والمعلمين وبعض الاضطرابات النفسية كما يدركها الطفل. وهدفت دراسة براندا (Bernada, 1991) إلى التعرف على دوافع الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، ومعرفة الفروق في تعرض الأطفال المعاقين ذهنياً وغير المعاقين للإساءة من قبل الأمهات. كما هدفت دراسة سيد رطروط (2000) إلى التعرف على احتمالية إصابة الطفل المعاق ذهنياً بمخاطر سوء المعاملة الوالدية وإلى كيفية تعامل الأسرة مع المعاق عقليا. أما دراسة فاطمة الطراونة (2001) فقد

هدفت إلى التعرف على إشكال إساءة المعاملة الوالدية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية لأسرهم وبالتوتر النفسي لديهم.

أما دراسة كارين ولاري (Karen. A & Larry. L, 2004) فقد هدفت إلى مقارنة مدى تعرض الأطفال المعاقين للإساءة مقارنةً بأقرانهم من الأطفال العاديين ومعرفة أسباب تعرض الأطفال إلى الإساءة.

ويظهر من الدراسات السابقة أنها تتفق غالبيتها العربية منها والأجنبية على شيوع مظاهر الإساءة للأطفال، خاصة الأطفال المعاقين ذهنياً. كما تتفق معظم هذه الدراسات على أن أكثر مظاهر الإساءة للأطفال سواء العاديين أو المعاقين تتمثل في الإساءة الجسدية والجنسية والإهمال. كما توصلت الدراسات السابقة إلى وجود علاقة بين إساءة الأطفال سواء كانوا من المعاقين أو العاديين بالمستوي الاجتماعي والثقافي للأسرة، حيث تزداد مظاهر إساءة للأطفال بمختلف أشكالها لدى الفئات الاجتماعية الثقافية المنخفضة مقارنه بالمستويات الاجتماعية الثقافية المرتفعة.

وهناك اتفاق في معظم الدراسات السابقة أن وجود أطفال معاقين أو طفل معاق في الأسرة يزيد من الضغوط النفسية على الأسرة، مما يزيد من معدلات الإساءة إلية مقارنه بالأسر التي لا يوجد لديها أطفال معاقين، وهناك تركيز في الدراسات السابقة على إساءة الإهمال لأنها من أهم أشكال الإساءة وتعتبر مدخلاً لباقي الإساءات الأخرى.

وقد اتجهت معظم الدراسات السابقة إلى تحديد مظاهر الإساءة التي يتعرض لها الطفل المعاق ذهنياً ولم تسعي أي منها لتحديد الأثر الناجم عن هذه الإساءة على حياة الطفل المساء إليه ومدى تأثيرها على تطوره النمائي. كما اتفقت معظم الدراسات السابقة على أن حالات الإساءة المبلغ عنها اقل بكثير من حالات الإساءة الفعلية التي يتعرض لها الأطفال المعاقين ذهنياً.

وتوصلت العديد من الدراسات أن بعض الأسر تعتبر وجود طفل معاق في الأسرة وصمة عار في جبين الآسرة، وهذا ما يبرر أساءتها للطفل. ومعظم الدراسات اتجهت لتحديد مظاهر الإساءة وأسبابها من وجهة نظر الإباء أنفسهم في

حين اتجه القليل منها لتحديد مظاهر الإساءة وأشكالها من وجهة نظر الأطفال أنفسهم.

كما تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بأنها تتناول عدة جوانب في ظاهرة الإساءة للطفل المعاق ذهنياً، فقد تناولت وجهة نظر المعلمين وأولياء الأمور، وتناولت جنس الطفل المعاق وعمره، كما تناولت أبعاد الإساءة التي تميز المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال معاقون ذهنياً.

الفصل الثالث
منهج الدراسة وإجراءاتها

- مقدمة.
- منهج الدراسة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- إجراءات الدراسة.
- أساليب المعالجة الإحصائية.

الفصل الثالث

منهج الدراسة وإجراءاتها

مقدمة:

يتناول الفصل الحالي الجوانب المنهجية للدراسة وإجراءاتها من حيث التصميم المنهجي المستخدم في الدراسة, وعينة الدراسة والشروط التي على ضوئها تم اختيار العينة، كما يتناول الفصل أيضاً شرحاً للمقياس الذي استخدم في هذه الدراسة من حيث بنائه ومحتوياته وطرق تصحيحه وحساب درجاته، إضافة إلى عرض لإجراءات العمل الميداني, وأساليب المعالجة الإحصائية التي استخدمت للتوصل إلى نتائج الدراسة التي سيتم عرضها في الفصل الرابع.

منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي الذي يعد أحد المناهج الأساسية في البحوث، حيث يعني بدراسة مشكلة ما في مجتمع ما بغرض تجميع الحقائق واستخلاص النتائج لحل تلك المشكلة (أحمد بدر، 1984)، ويعتبر المنهج الوصفي منهجاً مناسباً لهذه الدراسة حيث أن موضوع الدراسة الحالية يدور حول أبعاد الإساءة التي يحتمل أن يتعرض لها الأطفال المعاقون ذهنياً من جانب المعلمين وأولياء الأمور.

متغيرات الدراسة:

أولاً: المتغيرات المستقلة:

جنس الطفل المعاق, عمر الطفل المعاق، أولياء الأمور والمعلمين.

ثانياً: المتغيرات التابعة:

أبعاد الإساءة تجاه الطفل المعاق ذهنياً.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من معلمين وأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً ممن تتراوح أعمارهم مابين (6–9, 9–12) من الجنسين (ذكور وإناث), في مدارس التربية الفكرية في دولة الكويت.

عينة الدراسة:

تم تطبيق مقياس الإساءة المحتملة على عينة عشوائية من معلمي وأولياء أمور التلاميذ المعاقين ذهنياً حيث بلغ مجموعهم (230)، وبعد تصحيح استجاباتهم بناء على مقاييس الصدق (الكذب, عدم الاتساق,الاستجابة العشوائية) في المقياس تم استبعاد (159) فرداً، واعتمد باقي أفراد العينة وعددهم (71) فرداً كأساس للدراسة الحالية.

تشمل عينة الدراسة الحالية (41) معلماً ومعلمة من العاملين في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات بواقع (21) معلماً، (20) معلمة، كما تشمل عينة الدراسة (30) أباً وأماً بواقع (16) أب, (14) أم, لديهم أطفال من فئة الإعاقة الذهنية البسيطة والملتحقين في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات التابعة لمدارس التربية الخاصة بدولة الكويت، حيث تكونت العينة من مجموعتين من الأطفال أحداهما تتراوح أعمارهم من (6–9) سنوات وعددهم 32, والأخرى تتراوح أعمارهم من (9–12) سنة وعددهم (39) والجداول رقم 3,2 يوضحان ذلك.

جدول(2)

توزيع إفراد عينة الدراسة من المعلمين وأولياء الامور وفقاً للعمر والمستوى التعليمي

المجموعة	المجموع	الأعمار		المستوى التعليمي					
		المتوسط	الانحراف	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	معهد	جامعة
معلم	21	31	9	–	–	–	–	2	19
معلمه	20	27	6	–	–	–	–	–	20
آباء	16	38	8	–	–	3	5	2	4
أمهات	14	32	7	2	1	–	7	2	2

جدول (3)

توزيع الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية البسيطة من حيث العمر والجنس

الفئة العمرية	المجموع	العمر		الجنس	
		المتوسط	الانحراف	ذكور	إناث
6 – 9	32	7,6	2,3	18	14
9 – 12	39	10,5	2,1	23	16

أداة الدراسة:

لقياس أبعاد الإساءة المحتملة تجاه الأطفال من ذوى الاعاقة الذهنية استخدم الباحث مقياس الإساءة المحتملة للطفل The Child Abuse Potential Inventory من إعداد Joel S.Milner (2006) (تعريب الباحث).

وصف أداة الدراسة:

يحتوي مقياس الإساءة المحتملة للطفل (الصورة السادسة) على عشرة مقاييس, المقياس الإكلينيكي الأساسي هو مقياس الإساءة المادية للطفل المكون من 77 بندا. هذا المقياس ينقسم إلى ستة مقاييس عاملية هي : الأسى, التصلب/الجمود, عدم السعادة, مشكلات مع الطفل والذات, المشكلات مع الأسرة, والمشكلات من الآخرين.

بالإضافة إلى مقياس الإساءة, يحتوى الاختبار على ثلاثة مقاييس للصدق هي: مقياس الكذب, مقياس الاستجابة العشوائية, مقياس عدم الاتساق.

ان فحص بناء مقياس الإساءة المحتملة يكشف عن ظهور ثلاثة عوامل تصف الصعوبات السيكولوجية (هي: الأسى, التصلب, وعدم السعادة), في حين أن العوامل الثلاثة الأخرى توضح مشكلات العلاقات المتبادلة في حياة الشخص المستجيب (هي: مشكلات مع الطفل والذات,مشكلات مع الأسرة, مشكلات من الاخرين).

كل مقياس من هذه المقاييس العامليه الستة للإساءة يمكن وصفها في إطار أنواع البنود ذات الأوزان العالية على العامل المعين وهي:

1. الأسى Distress

هذا العامل يمثل خطا عاما من الأسى الشخصي . بعد الأسى يمثل نمطا من الشعور بالإحباط, والحزن, الوحدة, الاكتئاب, القلق, الخوف, الارتباك, عدم الاستحقاق, الرفض والغضب.بنود عامل الأسى تشير في مجموعها الى كثير من المشكلات في التوافق الشخصي. ويتكون من (36) فقرة وهي (5, 9 , 17, 18, 22, 23, 25, 28, 29, 36, 41, 47, 49, 52, 56, 63, 73, 78, 84, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 105, 109, 111, 112, 118, 120, 138, 143, 145, 153, 154).

2. التصلب / الجمود Rigidity

بعد التصلب / الجمود يمثل بصفة أساسية التصلب فى اتجاهات الفرد تجاه مظهر الأطفال وسلوكهم. هذه الخاصية تتضح من خلال الأداء بأن الأطفال يجب أن يكونوا نظافا ومهندمين ومرتبين في سلوكهم, وان يكونوا مطيعين, وألا يتسببوا في مشكلات, لايقومون بالعصيان, يتسمون بالهدوء ومنتبهين. المفهوم المرتبط بذلك يتمثل في ان الأطفال بحاجة الى قواعد صارمة. وفي علاقتها بالإساءة فإن هذه المعتقدات يمكن التعبير عنها من خلال معاملة الأطفال بإجبارهم على أن يكونوا في إطار نظام صارم وجامد يضعه المستجيب. ويتكون من (14) فقرة وهي (7, 19, 24, 26, 32, 54, 68, 80, 108, 115, 122, 127, 130, 132).

3. عدم السعادة Unhappiness

يعرف هذا البعد من خلال الأوزان الايجابية على بنود عدم السعادة والأوزان السلبية على بنود السعادة التى تتجمع لإيجاد بروفيل لعدم السعادة. محتوى عامل السعادة يشمل عدم التمتع بحياة جيدة وسعيدة, كونه شخص غير سعيد, من النادر مايضحك, لايقع في الحب, لايشعر انه افضل نسبيا من الأخرين, أنه قليل الحظ, وليس لديه أصدقاء مقربون. ويتكون من (11) فقرة وهي (14, 38, 75, 77, 81, 90, 107, 134, 141, 147, 152).

4. مشكلات مع الطفل والذات Problems with child and self

هذا البعد يميز المستجيبين الذين يصفون أبناءهم على نحو سلبي. يركز هذا العامل على المدركات بأن المستجيب لدية طفل بطئ, وأن لدية مشكلات خاصة, الذي غالبا مايقع في مشكلات, وأنة طفل سيئ. بالإضافة الى تميز الاشخاص الذين يدركون أطفالهم على ان لديهم مشكلات بوجه عام فإن هذا العامل يتضمن سمات متوسطه متعددة من البنود التى تشير الى مشكلات جسمية مع الذات . على نحو خاص, ترتبط هذه البنود بالاصابة بإعاقة جسمية, وأن الشخص لايشعر دائما بالقوة والصحة. بوجة عام, فإن هذا العامل يتضمن تجميعا من البنود التي تشير إلى مشكلات مع الطفل والذات تكشف عن إدراك لقدرة وكفاءة محدودة في الطفل,وقدرة بدنية محدودة لدى المستجيب. ويتكون من (6) فقرات وهي (3, 45, 69, 76, 113, 128).

5. مشكلات مع الأسرة Problems with family

عامل المشكلات مع الأسرة يتعلق بصعوبات متنوعة في العلاقات الأسرية للمستجيب. صعوبات الأسرة تشمل وجود نزاعات في الأسرة, وأن الأسرة تواجه مشكلات في تسيير أمورها,وأن الأسرة تعاني من مشكلات متعددة. ويتكون من (4) فقرات وهي (39, 83, 94, 184).

6. مشكلات من الآخرين Problems from others

يحدد هذا العامل صعوبات عامة في العلاقات الاجتماعية. الاستجابات المميزة تشير الى أن الآخرين جعلوا حياة الشخص صعبة وغير سعيدة. ويشير بند اخر الى أن الآخرين كانوا سببا في كثير من الآلام للمستجيب. بنود اخرى تشير الى أن الشخص لا يستطيع الاعتماد على الآخرين. بشكل إجمالي فأن هذه البنود تشير الى النظر الى العلاقات على أنها مصدر للصعوبات الشخصية,وعدم السعادة,والشعور بالأم. ويتكون من (6) فقرات وهي (13, 67, 74, 100, 151,129).

وعلى الرغم من أن مقياس الإساءة يمكن وصفة من خلال الأبعاد الستة السابقة, فإن الدرجة الكلية المستمدة من مقياس الإساءة(البنود ال77) هي التى يجب توظيفها لفرز الاشخاص المسيئين للطفل.

ثانياً: مقاييس صدق الاستجابة وتتضمن ما يلي:

مقياس الكذب ويتكون من (18) فقرة وهي (12, 34, 35, 44, 46, 57, 62, 66, 70, 106, 110, 146, 149, 150, 155, 157, 159, 160).

مقياس عدم الاتساق في الاستجابة ويتكون من (20) فقرة وهي (3-76) (4-6) (5-9) (38-41) (44-70) (52-63) (58-72) (62-65) (75-118) (78-98) (83-94) (85-158) (87-141) (90-152) (95-107) (100-151) (105-120) (122-127) (124-133) (143-145).

الاستجابة العشوائية ويتكون من (18) فقرة وهي (1, 11, 16, 27, 31, 33, 43, 53, 58, 59, 60, 61, 65, 72, 89, 114, 116, 119).

بناء المقياس

تم تطوير مقياس الإساءة للطفل Child Abuse potential lnventory ذلك بإتباع عدد من الخطوات العلمية وبإتباع منهج القياس النفسي وذلك على النحو التالي:-

أولا: مراجعة الأدب والدراسات السابقة.

ثانياً: بناء الفقرات.

ثالثاً: التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس وذلك باستخراج معاملات الصدق والثبات.

أولا: مراجعة الأدب والدراسات السابقة

تم تطوير مقياس الإساءة للطفل بمراجعة مؤلف المقياس لسبعمائة (700) بحث وكتاب في الأدب المتعلق بالإساءة للطفل والإهمال, وكان الغرض من هذه المراجعة

التعرف على سمات الأفراد المسيئين للأطفال ووصفهم وتصنيفهم، وقد تم حصر هذه السمات وتصنيفها كمجموعات بحسب شيوعها وتكرارها، وقد أسفرت هذه العملية عن استخلاص الأبعاد التالية:

اتجاهات المسيئين نحو تربية أطفالهم، التوقعات, القلق نحو سلوك ومشكلات الطفل، العلاقات الشخصية المتبادلة Interpersonal relationships، المشاعر غير الملائمة، الشعور بالعزلة والوحدة، الاكتئاب، قابلية الإساءة، عدم الشعور بالأمن، عدم القدرة على تحمل الضغوط، الاتجاه نحو القسوة، الاندفاعية، الاعتمادية، عدم النضج، التعرض لخبرات الطفولة السلبية كالإهمال والإساءة، مشكلات الوالدين. كذلك تم حصر بعض المشكلات الأخرى التي قد تسبب الإساءة مثل: الفقر، تدني مستوى التعليم، الإدمان، السلوك العصابي (Milner and Wimberley, 1979).

ثانياً: اختيار فقرات المقياس

بالاعتماد على السمات التي تم حصرها من خلال مراجعة الأدب السابق كما ذكرنا تم بناء الصورة الأولية للمقياس بوضع فقرات تمثل الأبعاد المختلفة بمتوسط يتراوح من 15 الى 20 فقرة لكل بعد من الأبعاد السابقة، كما تم مراعاة استخدام صياغة تعكس تعريف البعد المعين. فعلى سبيل المثال في مقياس الشعور بالوحدة تم كتابة الفقرة التي تمثل هذا البعد بطريقتين، فكان النص الأول للفقرة على النحو التالي: (في بعض الأحيان أشعر أني وحيد)، أما الطريقة الثانية فكتبت: (غالباً ما أشعر بداخلي بالوحدة)، وكانت نصوص الفقرات تعرض على فريق استشاري متخصص(بمكتب ولاية نورث كارولينا للخدمات الاجتماعية) North Carolina state office for social services، وكانت الاستشارة التي يقدمها المكتب تتمثل في مراجعة النص والمحتوى و صعوبة المفردات داخل النص وطولها. ومن خلال التغذية الراجعة للمختصين والباحثين تمت مراجعة الفقرات عدداً من المرات قبل إعداد القائمة الأولية، وكانت الحصيلة النهائية لعدد الفقرات التي تم اعتمادها (334) فقرة. بحيث يجيب المفحوص عليها بنعم أو لا، وقد تم استبعاد طريقة ليكرت، وذلك خوفاً من أن تتركز الاستجابات نحو النقطة المحايدة. ففي المواقف الإكلينيكية

يميل المفحوص عادة نحو الاستجابات المحايدة وقد روعي عند اعداد فقرات المقياس أن يكون القياس لاستجابة المفحوص بطريقة غير مباشرة كي لا يتمكن المفحوص من معرفة الهدف بطريقة مباشرة خوفا من تزييف استجابته.

بعد هذه الإجراءات تم إجراء عدد من الدراسات للتحقق من الخصائص السيكومترية للفقرات مثل الدلالة التمييزية وصعوبة هذه الفقرات ومن هذه الدراسات الدراسة الاستطلاعية التي قام بها كل من (Milner and Wimberley, 1979). تم تطبيق القائمة على عينة الدراسة الاستطلاعية (38) من الآباء والأمهات، وتم اختيارهم من خلال (مكتب ولاية نورث كارولينا للخدمات الاجتماعية)، منهم (19) مسيئين إساءة بدنية لأطفالهم، تم مزاوجتهم مع مجموعة مكونة من (19) من الآباء والأمهات غير المسيئين، حيث تكافأت المجموعتان من حيث الجنس، العرق، المستوى التعليمي، الوضع الاجتماعي، الوضع الاقتصادي، عمر الطفل وجنسه، وكان الهدف من الدراسة هو التحقق من فاعلية الفقرة في التمييز بين كلا المجموعتين، وباستخدام برنامج SPSS، تبين من خلال التحليل الإحصائي أن (37) من أصل (334) فقرة من فقرات القائمة الأولية كانت ذات دلالة إحصائية، وقد امتنع الباحثون عن استخدام التحليل العاملي لصغر حجم العينة، فاستخدم الباحثون تحليل انحدار (Step-wise). وقد تبين من نتائج هذا التحليل أن لهذه الفقرات قدرة تنبؤية بالإساءة وأن هذه الفقرات تفسر (90%) من التباين.

كما قام Milner and Wimberley (1979) بدراسة للتحقق من الصدق التمييزي للفقرات، حيث أجريت على عينة مكونة من (54) أب وأم.(27) مسيئين تم مزاوجتهم مع مجموعة مكونة من (27) من الآباء والأمهات غير المسيئين، حيث تكافأت المجموعتان من حيث الجنس، العرق، المستوى التعليمي، الوضع الاجتماعي، الوضع الاقتصادي، عمر الطفل وجنسه، وكان الهدف من الدراسة التحقق من فاعلية الفقرة في التمييز بين كلا المجموعتين، وباستخدام برنامج SPSS، تبين أن (77) فقرة من مجموع (334) فقرة لها قدرة تمييزية بين المجموعتين حيث أشارت نتائج التحليل الى وجود فروق داله احصائياً بين المجوعتين عند مستوى دلاله 0,05 في الأداء على هذه الفقرات كانت دالة إحصائية

أي تميز بين مجموعتين وبعد التأكد من أن (77) فقرة لها قدرة تمييزية وقام Milner بإجراء دراسة على عينتين، الأولى تتكون من (220) والثانية (130) باستخدام "التحليل العاملي"، وقد أظهرت نتائج المجموعة الأولى وجود ستة عوامل تم عرضها عند وصف الأداة.

ثالثاً: الخصائص السيكومترية للمقياس (الصورة الأصلية):

الثبات Reliability:

قام مؤلف المقياس (Joel) 2006 بحساب معاملات الثبات للمقاييس السبعة (الحزن أوالأسى, القسوة اوالصلابة , التعاسة, مفهوم سلبي عن الطفل والذات, مشكلات من الأسرة والآخرين, الشعور بالوحدة, الطفل المشكل) ومقاييس صدق الاستجابة (الكذب، الإجابة العشوائية، عدم الاتساق) بطريقة الاتساق الداخلي (internal consistency)، وذلك باستخدام معادلة كودر ريتشاردسون20 (kuder-richardson 20) وطريقة إعادة الاختبار test-retest بفترات (temporal stability) تراوحت ما بين يوم، أسبوع، شهر وثلاثة شهور.

كما تم استخدام طريقة التجزئة النصفية (spilt-halves)، وذلك على عينة مكونة من 2600 يمثلون أولياء أمور ومعلمي التربية الخاصة لعينات من الأطفال (أطفال ذوو إساءة، أطفال على حافة الخطر، أطفال مهملون وذلك بحسب المناطق الجغرافية، والجنس، والعرق، والمستوى التعليمي) وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة الاتساق الداخلي بين (0.95 , 0.98) في جميع أبعاد مقاييس الاساءة ومقاييس صدق الاستجابة. وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة الاعادة مابين (0.92 , 0.98) في جميع أبعاد مقاييس الاساءة ومقاييس صدق الاستجابة. وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0.75, 0.91).

صدق المقياس:

1- صدق المحتوى: content validity

إن صدق المحتوى يعنى بالدرجة التي تمثل فيها البنود مفهوم الإساءة، والسؤال المطروح هو إلى أي درجة تمثل فقرات قائمة الإساءة مجال الإساءة

المفترض من خلال التعريف والإطار النظري والدراسات التجريبية. وتم التحقق من صدق المحتوى من خلال مجموعة من الدراسات التي قام بها Wolfe (1985), والدراسة التي قام بها Nunnally (1978) وكانت تهدف الى:

- تعريف الإساءة تعريفاً دقيقاً نابعاً من الإطار النظري والنظريات والدراسات التجريبية.
- تحديد عينة من البنود وتعريفها بدقة بحيث تمثل مفهوم الإساءة.
- عرض هذه البنود على المختصين والأطباء النفسيين للحكم على مدى صلاحية هذه البنود في تمثيل مفهوم الإساءة.

2- صدق المفهوم (التكوين الفرضي): construct validity

ويتناول صدق المفهوم العلاقة بين نتائج الاختبارات والمقاييس وبين المفهوم النظري الذي يهدف الاختبار لقياسه، ويهدف صدق المفهوم أو التكوين الفرضي إلى تحديد التكوينات الفرضية التي يعزى إليها تباين الأداء في الاختبارات, أي أن هذه التكوينات هي التي يتركز عليها الاهتمام وليست درجات اختبار المحك أو سلوك الفرد. وتم التحقق من صدق المفهوم من خلال مجموعة من الدراسات التي قام بها Steinmetz (1980) ودراسة Chan and Perry (1981) ودراسة Robertson and Milner (1983) وكانت هذه الدراسات تهدف الى:

- معرفة العلاقة الارتباطية بين درجات قائمة الإساءة ومقاييس أخرى وهذه العلاقة يجب أن تكون ذات دلالة إحصائية وفي نفس الاتجاه.
- مقارنة درجات الأفراد على قائمة الإساءة قبل وبعد المعالجة أو برامج التدخل، ويتوقع هنا أن تقل الدرجات على قائمة الإساءة بعد الخضوع لبرامج التدخل.
- التحليل العاملي افتراض العوامل التي يتضمنها المقياس ودرجات تشبع الفقرات بهذه العوامل.
- الصدق التمييزي للبيانات والتمييز بين المجموعات والأعمار والمجموعات المتضادة.

3- الصدق التنبؤي: Predictive validity

هو أحد أنواع الصدق المرتبط بمحك وتتعلق أدلة الصدق التنبؤي بتقدير مدى صلاحية الاختبار.

وللتحقق من الصدق التنبؤي تمت الإجراءات التالية:

أ- الصدق التنبؤي (التلازمي): concurrent type

تم إجراء دراسات منها الدراسة التي قام بها Milner and Wimberley (1980) واستخدمت فيها مجموعات مختلفة من آباء وأمهات الأطفال (أطفال عاديين، أطفال ذوي إساءة, أطفال على حافة الخطر، أطفال مهملين) وذلك بحسب المناطق الجغرافية، والجنس والعرق والمستوى التعليمي، وقد أكدت نتائج هذه الدراسات قدرة القائمة على التنبؤ من النوع التلازمي بين هذه المجموعات المختلفة.

ب- الصدق التنبؤي (المستقبلي):future type

تم إجراء دراسات منها دراسة Milner (1985) والتي استخدمت فيها مجموعات مختلفة من آباء وأمهات الأطفال (أطفال عاديين، أطفال ذوي إساءة، أطفال على حافة الخطر، أطفال مهملين) وذلك بحسب المناطق الجغرافية والجنس والعرق والمستوى التعليمي، وقد أكدت نتائج هذه الدراسات قدرة القائمة على التنبؤ من النوع المستقبلي بين هذه المجموعات المختلفة.

طريقة تصحيح المقياس:

يصحح مقياس الإساءة بطريقتين:

أ- الطريقة اليدوية

وذلك باستخدام مفاتيح تصحيح الاختبار والتي من خلالها تعطى أوزان الدرجات لاستجابات المفحوص على بنود المقياس.

ب- طريقة استخدام الحاسوب:

وذلك باستخدام برنامج إحصائي يتم من خلاله حساب أوزان استجابات المفحوص على بنود المقياس وقد قام الباحث باستخدام الحاسوب لتصحيح درجات أفراد مجتمع الدراسة وفيما يلي عرض مفصل لهذه للطريقة:

تم إدخال البيانات (استجابات أفراد مجتمع الدراسة على مقياس استجابة لكل بند من بنود المقياس بأوافق، لا أوافق بحيث تأخذ الاستجابة أوافق الدرجة (1) وتأخذ الاستجابة لا أوافق الدرجة (صفر).

ويتم تقدير أوزان هذه الاستجابات بناء على جداول خاصة قام بإعدادها مؤلف الاختبار وفيما يلي عرض لطريقة تصحيح مقاييس الاختبار:

أولاً: مقاييس صدق الاستجابة

مقياس الكذب:

يتكون هذا المقياس من (18) بند بحيث تعطى الاستجابة موافق والاستجابة غير موافق درجة بحسب الوزن المعطى من خلال جدول تقدير أوزان الفقرات والملحق (2 – 9) يبين أوزان الفقرات في هذا المقياس، والمجموع الكلي لدرجات هذا المقياس تساوي 18 درجة والدرجة الحدية cutoff- score كمحك للاستبعاد أن لا يزيد مجموع درجات الفرد عن 7 درجات.

مقياس الاستجابة العشوائية:

يتكون هذا المقياس من 18 فقرة بحيث تعطى الاستجابة موافق والاستجابة غير موافق درجة بحسب الوزن المعطى من خلال جدول تقدير أوزان الفقرات في هذا المقياس، والملحق (2 – 10) يبين أوزان الفقرات في هذا المقياس والمجموع الكلي لدرجات هذا المقياس يساوي 18 درجة والدرجة الحدية cut off - score كمحك للاستبعاد أن لا يزيد مجموع درجات الفرد عن 6 درجات.

مقياس عدم اتساق الاستجابة:

يتكون هذا المقياس من 20 فقرة بحيث تعطى الاستجابة موافق والاستجابة غير موافق درجة بحسب الوزن المعطى من خلال جدول تقدير أوزان الفقرات والملحق (2–11) يبين أوزان الفقرات في هذا القياس والمجموع الكلي لفقرات هذا المقياس 20 درجة والدرجة الحدية cut off- score كمحك للاستبعاد أن لا يزيد مجموع درجات الفرد عن 6 درجات.

ثانياً: مقياس الإساءة:

يتكون هذا المقياس من 77 فقرة وتعطى الاستجابة موافق غير موافق درجة بحسب الأوزان المعطاة من خلال جدول تقدير أوزان فقرات المقياس (انظر الملحق 2-1) والمجموع الكلي لدرجات هذا المقياس تساوي 486 درجة.وهي على النحو التالي:

الأسى Distress

ويتكون من 36 فقرة وتعطى الاستجابة موافق والاستجابة غير موافق درجة بحسب الأوزان المعطاة من خلال جدول تقدير أوزان فقرات (والملحق رقم 2-2) يبين أوزان فقرات لبنود المقياس والدرجة الكلية على هذا المقياس تساوي 261 درجة.

التصلب / الجمود Rigidity

يتكون هذا المقياس من 14 فقرة وتعطى الاستجابة موافق والاستجابة غير موافق بحسب الأوزان المعطاة من خلال جدول تقدير أوزان فقرات الخاصة ببنود المقياس (والملحق رقم 2-3) يبين أوزان الدرجات فقرات المقياس والدرجة الكلية على هذا المقياس تساوي 64 درجة.

عدم السعادة Unhappiness

يتكون هذا المقياس من 11 فقرة وتعطى الاستجابة موافق والاستجابة غير موافق درجة بحسب الأوزان المعطاة من خلال جدول تقدير أوزان فقرات (والملحق رقم 2-4) يبين أوزان فقرات المقياس والدرجة الكلية على هذا المقياس تساوي 69 درجة.

مشكلات مع الطفل والذات Problems with child and self

يتكون هذا المقياس من 6 فقرات وتعطى الاستجابة موافق غير موافق درجة بحسب الأوزان المعطاة من خلال جدول تقدير أوزان فقرات لبنود المقياس (انظر الملحق 2-5) والمجموع الكلي للفقرات على هذا المقياس تساوي 30 درجة.

مشكلات مع الأسرة Problems with family

يتكون هذا المقياس من 4 فقرات وتعطى الاستجابة موافق والاستجابة غير موافق درجة بحسب الأوزان المعطاة من خلال جدول تقدير أوزان فقرات المقياس (انظر الملحق 2–6) والمجموع الكلي للدرجات على هذا المقياس يساوي 38 درجة.

مشكلات من الآخرين Problems from others

يتكون هذا المقياس من 6 فقرات وتعطى الاستجابة موافق والاستجابة غير موافق درجة بحسب الأوزان المعطاة من خلال جدول تقدير أوزان فقرات لبنود المقياس (انظر الملحق 2– 7) والمجموع الكلي للفقرات على هذا المقياس يساوي 24 درجة.

تفسير الدرجات

اعتمد في تفسير درجات مقياس الإساءة المحتملة في صورته الأصلية (الدرجة المرتفعة، الدرجة المنخفضة) على وضع الدرجات القطعية (الحدية) (cutoff-score) وقد تم تحديد تلك الدرجات بناء على العديد من الدراسات والتي أجريت على عينات مختلفة قام بها ملنر 1985 (Milner) وقد اعتمدت هذه الدراسات على استخدام عينات مختلفة (أفراد مسيئين، أفراد غير مسيئين) وتم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والوسيط لأداء أفراد مجموعات الدراسة. وقد أسفرت هذه الدراسات والتحليلات الإحصائية عن وضع الدرجات الحدية، بحيث يمكن استخدامها في الحكم على استعداد الفرد للقيام بالإساءة والكشف عن الأفراد المسيئين والجدول (4) يبين الدرجات الحدية للمقاييس الفرعية.

جدول (4)

يبين الدرجات الحدية لأبعاد الإساءة.

الأبعاد	الدرجة الكلية للبعد	الدرجة الحدية
مقياس الإساءة	486	215
الأسى	261	152
التصلب/ الجمود	64	30
عدم السعادة	69	23
مشكلات مع الطفل والذات	30	11
مشكلات مع الاسرة	38	18
مشكلات من الاخرين	24	20

أوزان البنود:

تم تحديد وزن الدرجة لكل بند من بنود المقياس بناء على نتائج العديد من الدراسات التي أجريت على عينات مختلفة قام بها ملنر 1985 (Milner) وقد اعتمدت هذه الدراسات على استخدام عينات مختلفة (أفراد مسيئين، أفراد غير مسيئين) وذلك باستخدام الطرق التالية:

1- تصنيف الفقرات بحسب نسبة تكرارها ونسبة شيوعها في الدراسات المتعلقة بالأفراد المسيئين.
2- القدرة التمييزية للفقرات بين مجموعات مختلفة السمات (أفراد مسيئين، أفراد غير مسيئين).
3- استخدام الطرق الإحصائية (انحدار معامل بيتا) للكشف عن القدرة التنبؤية للفقرات.
4- الصدق المتقاطع Cross – validity للتحقق من القدرة التنبؤية للفقرات في عينات مختلفة.

الدراسة الاستطلاعية للتحقق من صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية:

قام الباحث بتطبيق مقياس الإساءة للطفل المحتملة على عينة استطلاعية مكونة من خمسين من أولياء الأمور والمعلمين, بواقع (23) ولي أمر(13) أب, (10) أم, و(27) من المعلمين (12) معلم و(15) معلمة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مجتمع الدراسة وذلك للتحقق من صدق وثبات المقياس.

ثبات المقياس:

قام الباحث بالتحقق من ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل الثبات ألفا، وذلك كما هو مبين بالجدول (5).

جدول (5)

معاملات ثبات الفا لأبعاد مقياس الإساءة للطفل للعينة الاستطلاعية (ن= 50)

البعـــــــد	عدد الفقرات	معاملات الثبات الفا
الأسى	36	0.85
التصلب/ الجمود	14	0.63
عدم السعادة	11	0.31
مشكلات مع الطفل والذات	6	0.21
مشكلات مع الاسرة	4	0.45
مشكلات من الاخرين	6	0.51
مقياس الاساءة	77	0.86

يتبين من الجدول(5) أن معاملات ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي قد تراوحت ما بين (0.21 و 0.86) ونلاحظ ارتفاع الثبات في مقاييس الاسى ومقياس الاساءة بينما نلاحظ أن مقياس التصلب:/الجمود والمشكلات مع الآخرين كانت معاملات ثباتها بدرجة متوسطة وان باقي المقاييس الأخرى كانت معاملات ثباتها مقبولة مما يوضح بأن مقاييس الإساءة للطفل تتمتع بثبات مقبول لأغراض هذه الدراسة.

صدق المقياس:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية وارتباط الأبعاد مع بعضها البعض (الاتساق الداخلي كمؤشر لصدق مقياس الإساءة للطفل).

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية وبين أبعاد المقياس ببعضها كما هو مبين بالجدول (6).

جدول (6)

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية وارتباط الأبعاد بعضها ببعض

	الأسى	التصلب / الجمود	عدم السعادة	مشكلات مع الطفل والذات	مشكلات مع الاسرة	مشكلات من الاخرين	مقياس مقياس الاساءة
الأسى		*0.27	*0.28	**0.33	**0.33	**0.49	***0.95
التصلب/ الجمود			**0.37	**0.33	**0.33	**0.49	**0.40
عدم السعادة				**0.36	*0.29	**0.31	** 0.41
مشكلات مع الطفل والذات					**0.31	*0.29	**0.43
مشكلات مع الاسرة						**0.30	**0.43
مشكلات من الاخرين							***0.55
مقياس الاساءة							

*دالة عند مستوى 0.05 **دالة عند مستوى 0.01 ***دالة عند مستوى0.001

يتبين من الجدول (6) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد بعضها ببعض وبين الإبعاد والدرجة الكلية تشير الى وجود ارتباط عالٍ بين مقياس الاسى والدرجة الكلية على مقياس الاساءة حيث كانت قيمة معامل الارتباط تساوي 95, كذلك يلاحظ أن الارتباط بين الإبعاد والدرجة الكلية على مقياس الاساءة كانت في معظمها في المتوسط واقل من المتوسط حيث تراوحت قيم معامل الارتباط مابين 40, الى 55, كما نلاحظ أيضا ان الارتباطات بين الابعاد الفرعية بعضها ببعض كانت في معظمها داله إحصائيا ولكن هذه القيم كانت اقل من المتوسط مما يعني أنها تقيس أبعادا مختلفة لكنها مرتبطة بعضها ببعض وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق مقبول لإغراض هذه الدراسة.

إجراءات التطبيق الميداني:

1. الحصول على الموافقة لإجراءات التطبيق الميداني من قبل مدير إدارة مدارس التربية الخاصة لتطبيق مقياس الدراسة في مدارس التربية الفكرية في دولة الكويت.
2. الالتقاء مع مدراء المدارس والأخصائيين الاجتماعيين لتوضيح أهداف الدراسة وللمساعدة في تطبيق مقياس الدراسة.
3. استخراج البيانات اللازمة من سجلات التلاميذ لحصرهم ولاستيفاء الشروط من حيث مستوى الإعاقة.
4. قام الباحث بزيارة تلك المدارس والتنسيق مع المدراء والأخصائيين النفسيين فيها لتحديد العينة المستهدفة وهم أولياء الأمور والمعلمين ومن كلا الجنسين ممن لديهم أطفال ذوي إعاقة ذهنية بسيطة من الأعمار (6–9), (9–12) سنة والاتصال بهم لتحديد موعد مقابلة المستهدفين من عينة الدراسة وذلك لتطبيق أداة الدراسة (مقياس سوء معاملة الأطفال) وبعد الاتصال بالعينة المستهدفةً وبمساعدة المراكز المعنية تم تحديد موعد لإجراء تطبيق المقياس بشكل فردي وقد تم تخصيص مكان للمقابلة في مدارس التربية الفكرية التي تم اختيارها.

وأثناء المقابلة قام الباحث بشرح الهدف من المقياس وأكد ان المعلومات التي سوف يتم الحصول عليها هي لأغراض البحث ولن يطّلع عليها احد, بعد ذلك قام الباحث بقراءة التعليمات قبل بدء تطبيق المقياس وطلب من الفحوص تعبئة المعلومات المطلوبة: الاسم, الجنس, العمر, المستوى التعليمي, عدد الأطفال, الحالة الاجتماعية.

بعد قراءة التعليمات من قبل المفحوص يسأل الفاحص في ما إذا كانت هناك أية أسئلة وإذا اتضح أن المفحوص لم يفهم التعليمات يقوم الباحث بقراءة التعليمات بصوت مرتفع.

كما طلب الباحث من المفحوص الإجابة بصدق عن جميع فقرات المقياس و عدم ترك أي فقرة من الفقرات وأن يختار المفحوص الاستجابة الأقرب الى ما يشعر به. وبعد الانتهاء قام الباحث بتقديم الشكر والثناء لتعاونهم في إنجاح المقابلة

صعوبات التطبيق:

1. عدم تعاون بعض أولياء الأمور وعدم الحضور بالأوقات المحددة أدى إلى تأخير تطبيق مقياس الدراسة.
2. عدم تمكن بعض أولياء الأمور من القراءة زاد العبء على الباحث وأدى إلى صعوبة في التطبيق.

الأساليب الإحصائية:

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية لاستخراج نتائج الدراسة:

1- **تحليل التباين متعدد المتغيرات (MANOVA) و(ANOVA) والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية:** للإجابة على سؤال الدراسة الأول.
2- **تحليل التباين متعدد المتغيرات (MANOVA) والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية:** للإجابة على السؤال الدراسة الثاني.
3- **التحليل التمييزي (Discriminate Analysis)** للإجابة على سؤال الدراسة الثالث.

الفصل الرابع
نتائج الدراسة ومناقشتها

- نتائج السؤال الأول ومناقشتها
- نتائج السؤال الثاني ومناقشتها
- نتائج السؤال الثالث ومناقشتها

الفصل الرابع
نتائج الدراسة ومناقشتها

مقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضا للنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة بعد التحليل الإحصائي للبيانات التي جمعت، حيث هدف الباحث من خلال هـذا التحليـل إلـى معرفة الفروق في أبعاد الإساءة المحتملة تجاه الأطفال المعـاقين ذهنيـا، بحسـب استجابات أولياء الأمور والمعلمين بدولة الكويت، وسيقوم الباحث بعرض كل سؤال ومناقشة نتائجه على حده.

وكما ورد في الفصل السابق فقد استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصـفي، وذلك لأنه المنهج الملائم للكشف عن الفروق بين مجمـوعتي الدراسـة (المعلمـين وأولياء الأمور) في أبعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنيا وهل تختلف تلك الفـروق باختلاف جنسهم وجنس الطفل (ذكر، أنثى) وباختلاف عمر الطفـل (6-9، 9-12) وقد تم تطبيق مقياس الإساءة للطفل من إعدادJoel S.Milner (2006) وتعريـب الباحث. ويتكون المقياس من ستة مقاييس فرعية وهي، (الأسى)، (التصلب,الجمود)، (عدم السعادة)، (مشكلات مع الطفل والذات)، (مشكلات مع الأسرة)، (مشكلات من الاخرين) ويهدف هذا المقياس للكشف عن الأفراد ممن لديهم احتمال الإساءة للطفل (Abuse Potentiality).

السؤال الأول:

هل توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من المعلمين وأولياء الأمور في أبعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، وهل يختلف مستوى الإساءة باختلاف الجنس؟

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كـل مـن مجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب متغير الجنس في جميع أبعـاد

مقياس الإساءة، وللتحقق من دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) في متوسطات جميع أبعاد مقياس الإساءة للطفل المعاق ذهنيا مجتمعة, قام الباحث باستخدام تحليل التباين متعدد المتغيرات (MANOVA)، ويبين الجدول(7) نتائج هذا التحليل

الجدول (7)

نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات للفروق في متوسطات أبعاد المقياس مجتمعة بحسب الجنس والمجموعة (المعلمين وأولياء الأمور).

العامل	ف	درجة الحرية للبسط	درجة الحرية للمقام	الدلالة المشاهدة
المجموعة	1.48	6	62	0.20
الجنس	6.27	6	62	0.000***
المجموعةxالجنس	0.73	6	62	0.63

*** عند مستوى دلالة اقل من 0.001

وبالنظر إلى الجدول، نلاحظ أن أبعاد مقياس الإساءة مجتمعة لا تختلف باختلاف المجموعة (المعلمين وأولياء الأمور) بينما تختلف هذه الأبعاد مجتمعة باختلاف جنس المجموعة اختلافا جوهرياً عند مستوى دلالة أقل من 0.001.

بناءً على هذه النتيجة، قام الباحث بفحص الفروق بين الجنسين في كل بعد من أبعاد المقياس على حدة، باستخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA ويبين الجدول (8) نتائج تحليل التباين.

جدول (8)

نتائج تحليل التباين أحادي المتغيرات (ANOVA) للفروق في متوسطات أبعاد مقياس الإساءة للطفل حسب متغير الجنس

المتغير	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة
الأسى	بين المجموعات	86324.069	1	86324.069	36.660	***0.000
	داخل المجموعات	162474.523	69	2354.703		
	المجموع	248798.592	70			
التصلب / الجمود	بين المجموعات	712.217	1	712.217	4.822	*0.03
	داخل المجموعات	10192.177	69	147.713		
	المجموع	10904.394	70			
عدم السعادة	بين المجموعات	1801.907	1	1801.907	9.334	**0.003
	داخل المجموعات	13320.037	69	193.044		
	المجموع	15121.944	70			
مشكلات مع الطفل والذات	بين المجموعات	193.532	1	193.532	3.610	0.06
	داخل المجموعات	3698.947	69	53.608		
	المجموع	3892.479	70			
مشكلات مع الأسرة	بين المجموعات	1153.590	1	1153.590	8.262	**0.005
	داخل المجموعات	9634.269	69	139.627		
	المجموع	10787.859	70			
مشكلات من الآخرين	بين المجموعات	173.098	1	173.098	4.503	*0.03
	داخل المجموعات	2652.198	69	38.438		
	المجموع	2825.296	70			
الإساءة	بين المجموعات	179757.885	1	179757.885	38.658	***0.000
	داخل المجموعات	320847.044	69	4649.957		
	المجموع	500604.930	70			

*** عند مستوى دلالة اقل من 0.001 ** عند مستوى دلالة 0.01 * عند مستوى دلالة 0.05

يتضح من الجدول (8) وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في أبعاد: الأسى , التصلب/ الجمود، عدم السعادة، مشكلات مع الأسرة ، مشكلات من

الآخرين، مقياس الاساءة. كما أشارت نتائج هذا التحليل إلى عدم وجود فروق دالـــة لبعد مشكلات مع الطفل والذات.

وقام الباحث باستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية وذلك للتعرف على الفروق بين الجنسين في أبعاد المقياس والجدول (9) يبين ذلك.

الجدول (9)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات مجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب متغير الجنس في جميع أبعاد مقياس الإساءة للطفل

أبعاد المقياس	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف
الأسى	ذكور	42	128.83	57.31
	إناث	29	57.89	31.50
	العينة الكلية	71	99.85	59.61
التصلب / الجمود	ذكور	42	41.85	10.37
	إناث	29	35.41	14.36
	العينة الكلية	71	39.22	12.48
عدم السعادة	ذكور	42	27.21	15.24
	إناث	29	16.96	11.63
	العينة الكلية	71	23.02	14.69
مشكلات مع الطفل والذات	ذكور	42	9.73	8.61
	إناث	29	6.37	4.84
	العينة الكلية	71	8.36	7.45
مشكلات مع الأسرة	ذكور	42	12.47	14.13
	إناث	29	4.27	7.17
	العينة الكلية	71	9.12	12.41
مشكلات من الآخرين	ذكور	42	13.45	6.32
	إناث	29	10.27	6.01
	العينة الكلية	71	12.15	6.35
الإساءة	ذكور	42	233.57	82.66
	إناث	29	131.20	38.120
	العينة الكلية	71	191.76	84.56

تم التعامل بالنسبة لهذه الأبعاد على أساس الدرجات الخام دون التقيد بالدرجات الحدية, نظرا لاختلاف الإطار الثقافي والاجتماعي في مجتمع الدراسة الحالية عن المجتمع الأمريكي الذي حددت الدرجات الحدية على أساسه. وكذلك فان هدف الدراسة الحالية هو المقارنة بين المجموعات وليس الهدف فرز المسيئين عن غير المسيئين.

يتضح من الجدول (9) أن الفروق بين الجنسين في أبعاد المقياس كانت على النحو التالي: **الأسى:** متوسط الذكور يساوي 128.83 ومتوسط الإناث يساوي57.89 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.001 بين الجنسين.

التصلب/ الجمود: متوسط الذكور يساوي 41.85 متوسط الإناث يساوي35.41 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.05 بين الجنسين.

عدم السعادة: متوسط الذكور يساوي 27.21 متوسط الإناث يساوي16.96 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.01 بين الجنسين

مشكلات مع الطفل والذات: متوسط الذكور يساوي 9.73 متوسط الإناث يساوي6.37 عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الجنسين.

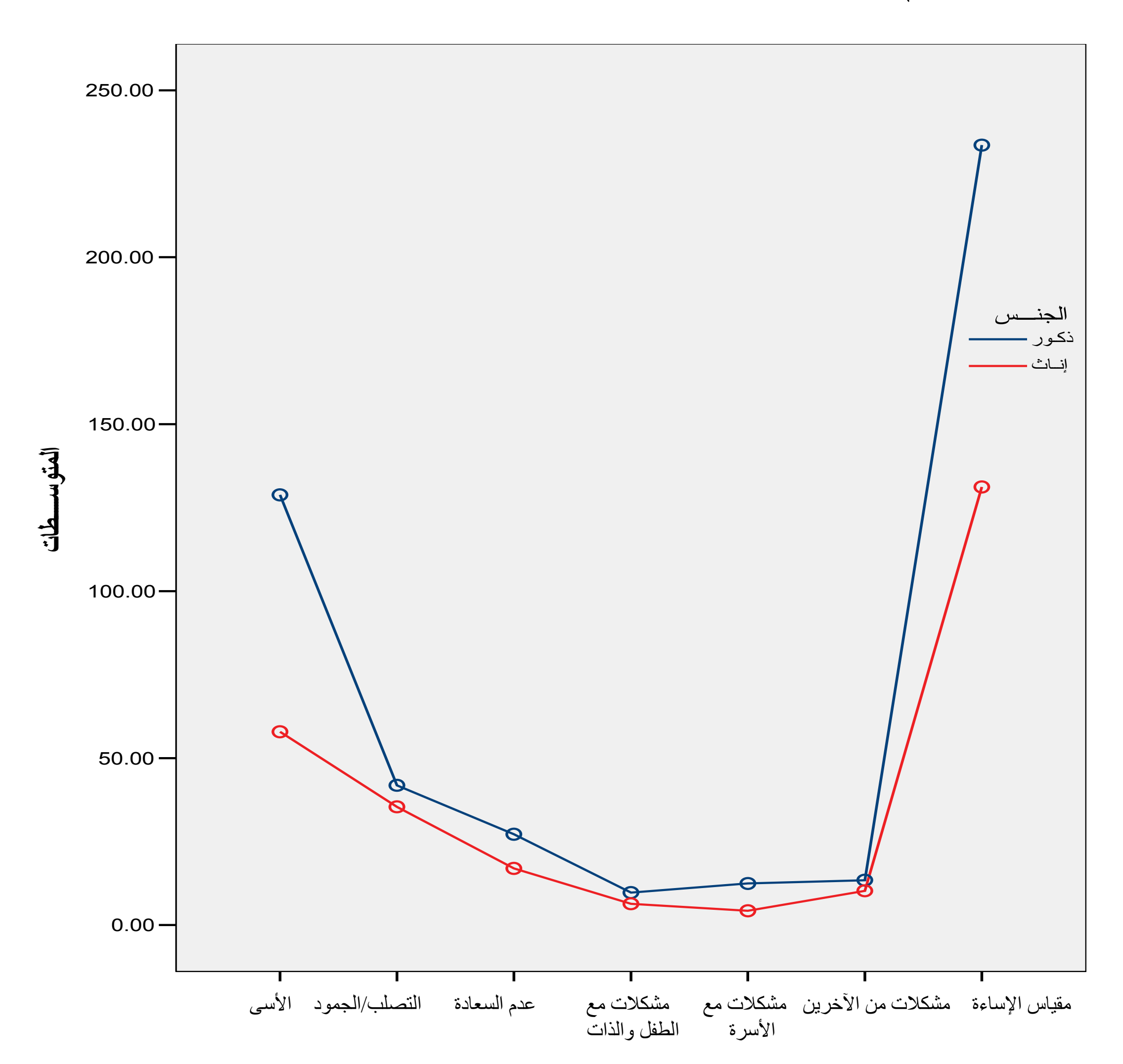
مشكلات مع الأسرة: متوسط الذكور يساوي 12.47 متوسط الإناث يساوي4.27 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.01 بين الجنسين.

مشكلات من الآخرين: متوسط الذكور يساوي 13.45 متوسط الإناث يساوي10.27وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.05 بين الجنسين.

مقياس الإساءة : متوسط الذكور يساوي 233.57 متوسط الإناث يساوي 131.20 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.05 بين الجنسين.

إن خلاصة نتائج السؤال الأول تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في جميع أبعاد مقياس الإساءة ما عدا بعد مشكلات مع الطفل والذات ، وهذه النتيجة تخلص إلى أن الذكور لديهم إحتمال الإساءة للطفل المعاق ذهنياً بدرجة اكبر من الإناث وبشكل دال إحصائياً ما عدا في بعد مشكلات مع الطفل والذات بالرغم من أن متوسط الذكور اكبر من متوسط الإناث في هذا البعد لكنه غير دال إحصائياً.

ويتبين من الجدول رقم (9) أن متوسط الذكور اكبر من متوسط الإنـــاث فـــي جميع أبعاد المقياس (الأسى، مقياس التصلب/ الجمود، مقياس عدم السعادة، مقيـــاس مشكلات مع الطفل والذات,مقياس مشكلات مع الأسرة ، مشكلات مـــن الاخـــرين, مقياس الاساءة).



الشكل (1)

يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين في أبعاد المقياس حسب متغير الجنس.

مناقشة نتائج السؤال الأول

تشير نتائج السؤال الأول إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) في مستوى الإساءة المحتملة للطفل المعاق ذهنياً، بينما تشير النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الجنس حيث كان مستوى الإساءة لدى الذكور أعلى منه لدى الإناث، وذلك في جميع أبعاد المقياس ويتبين أن بعد الأسى الذي يتضمن مجموعة من الفقرات التي تدور حول الانزعاج من الاخرين, والغضب, والإحباط وفقدان التحكم بالذات, وعدم القدرة على فهم الإحداث, ومكتئب, قلق, خائف, يجد صعوبة في الاسترخاء, متوتر, مرتبك, يعاني من الصراع, الشعور بعدم القيمة (الدونية), لدية مشكلات شخصية. وينعكس هذا البعد على شخصية الطفل بطريقة سلبية، ومستوى عالٍ من القلق، واضطرابات في النوم، وانخفاض في مفهوم الذات وعدم التوافق النفسي والاجتماعي (Camppbell & Browne, 2002).

أما بعد التصلب الناتج عن توقعات الفرد حول سلوك الطفل وخصوصاً حول محافظة الطفل على النظام, والنظافة, والأناقة, حيث يتضمن هذا البعد فقرات من مثل: أن يحافظ الطفل على نظافة ثيابه, أن لا يعصي أباه أو امة, أن يحافظ دائما على أناقته وترتيبه, وان يكون هادئاً ومطيعاً للكلام, إن لا يرد الطفل بالكلام, يجب أن يعاقب كي يضبط, إن لا يلعب العاب الإناث إذا كان ذكراً. ويؤثر هذا البعد على النمو النفسي للطفل وعلى علاقته الاجتماعية مع الآخرين حيث وجد وليد سرحان (1997) أن التعامل مع الطفل على نحو يتسم بالجمود والتصلب يؤدي إلى عدم استمتاع الطفل باللعب وعدم التفاعل مع الآخرين والابتعاد عنهم، وانعدام الثقة بالنفس، والانعزال والانطواء.

وأما بعد مشكلات مع الأسرة الذي يتضمن فقرات تعكس العراك داخل الأسرة, وان الآخرين يجعلون حياة الأسرة شقاء, وان احد الوالدين لا يفهم الآخر. فإن هذا البعد يمكن أن تكون له تأثيرات كثيرة على شخصية الطفل وتؤدي إلى سوء التكيف، فترى حنان عبد الحميد العناني (2005) أن الأسرة لا تقدم الغذاء فقط للطفل لكي

ينمو، ولكنها تشبع حاجاته النفسية كالحاجة للحب والحاجة للتقدير والحاجة للأمن والاستقرار، كما تعلمه الدور المناسب وتعرفه بذاته. وأن وجود المشكلات الأسرية يؤدي إلى فقدان الكثير من هذه الحاجات التي تؤدي إلى فقدان الأمن، واختلال المعايير الاجتماعية وتدني الذات، والقلق، وتقليد الكبار بتبني العنف كوسيلة لحل المشكلات مما يؤدي إلى سوء التكيف وتدني الصحة النفسية لدى الطفل.

كذلك في بعد عدم السعادة الذي يركز على المشكلات الخاصة بالفرد, وعدم تحقيق انجاز شخصي, وعدم وجود السعادة, وخلو الحياة الجنسية من المتعة والحب, وعدم اعتماد الوالدين كل على الأخر, الذي يتضمن فقرات مثل: عدم إحساس الفرد بالسعادة, نادراً ما يضحك, لا يشعر إن الحياة سعيدة, لا يشعر أنه أحسن من الآخرين , ليس لدية أصدقاء مقربين, يشعر أنه غير محظوظ. فهذا البعد يؤثر بأن يسيء الوالدان للطفل نظراً لما يواجهونه من ضغوط ومن مشكلات والتي تنعكس على الطفل بطريقة سلبية وعلى مفهومه لذاته ويتدنى لديه مفهوم الكفاءة الذاتية المدركة، فيتولد لدى هؤلاء الأطفال شعور بأن الحالة الانفعالية للفرد ومزاجه سوف تستمر، والإحساس بأن مشاعر الإحباط خارجة عن سيطرته وأن قدرته على الإنجاز والنجاح ليس بمقدوره، فيتولد لديه شعور بالعجز (العجز المتعلم)، وعدم القدرة على مواجهة التعاسة وتغييرها (عبد اللطيف دبور وعبد الحكيم الصافي، 2007).

أما بعد مشكلات مع الطفل والذات فيتضمن مدركات سلبية نحو سلوك الطفل ونحو مفهوم الذات للفرد نفسه. ومن هنا تأكد عبير عبده (1999) أنه يجب على الأسرة أن تلعب دوراً هاماً في تدعيم تقدير الطفل لذاته أو عدمه، فكثيراً ما تعطي الأسرة انطباعاً سلبياً للفرد عن نفسه بحيث يكون لديه دور سلبي في تطوير ذات ايجابية. وتشير رائدة أبو الكشك (1991) أن التوقعات الموجودة عند الوالدين تؤثر سلباً على أطفالهم مما يدفع الوالدان بالإساءة لاطفاهم، فاستخدام بعض الألقاب تعطي للطفل إيحاء بأنه "غبي " خاصة إذا كان الطفل معاقا ذهنياً، مما يؤدي إلى إحباطه والحد من قدراته على مواجهة مشكلاته والحد من دافعيته للخوض بتجارب جديدة

ويصبح لديه انطواء وسوء تكيف إجتماعي، وتدني الصحة النفسية، وعجز مكتسب، فالأسرة هي العامل الأول والأساسي في توصل الفرد إلى تقدير ذاته من عدمها.

وقد يكون سبب هذه النتيجة أن هناك العديد من الظروف والعوامل المتشابهة بين المعلمين وأولياء الأمور التي تدفعهم إلى الإساءة للأطفال المعاقين، وهذا ما أكده جيل وكلوين (Jill & Coleen,1980) أن المعلم من أكثر الأفراد تحملاً لأعباء الطفل المعاق ذهنياً، كما أنه يتعرض للعديد من الضغوط النفسية أكثر من غيره مما قد يدفع البعض منهم إلى الإساءة للطفل المعاق أو إهماله نتيجةً إلى كبر حجم المسؤوليات الملقاة على عاتقه.

وربما تعود أسباب هذه النتيجة أيضاً بسبب خصائص الطفل المعاق، الذي يسبب ضغوطا كبيرة على القائمين على رعايته سواءً أكانوا أباء أو معلمين مما يؤدي إلى الإساءة لهم، وهذا ما توصلت له دراسة (Mclntyre & Blacher, 2006) حيث وجدا أن الأطفال المعاقين ذهنياً يتعرضون للإساءة من قبل من يقوم على رعايتهم، بسبب طبيعة الطفل المعاق وسلوكه العدواني، إضافةً إلى الضغوط النفسية التي يتعرض لها الوالدان والمعلمون من جراء التعامل مع الطفل المعاق، والإرهاق والإجهاد الناتجين عن التعب من تلبية احتياجات هؤلاء الأطفال غير العاديين. وهذا ما توصلت إليه دراسة فاروق صادق (1993) حيث أكد أن الأطفال المعاقين ذهنياً يظهرون أنماطاً من السلوك غير التكيفي كالحركات الزائدة والانسحاب من المواقف الاجتماعية وعدم التحكم بالانفعالات والتردد، والسلوك العدواني والنشاط الزائد والسلوك الفوضوي والتخريبي، وإيذاء الذات، وعدم التركيز والتشتت الذي يدفع بعض معلمي الأطفال المعاقين ذهنياً إلى الإساءة لهم ومعاقبتهم.

وقد يكون سبب ذلك أيضاً إن عطاء معلم الأطفال المعاقين ذهنياً يتوقف على مدى ما يتوافر له من رضا واتجاهات ايجابية واستقرار نفسي في المهنة، وللأسف فالكثير منهم لا يتوافر لهم ذلك، ولا توجد لهم حوافز ومميزات تميزهم عن معلمي الأطفال العاديين، فغالباً ما يعمل المعلم لوحده مع هؤلاء الأطفال الذين يعانون من مستويات مختلفة من الإعاقة ويظهرون انحرافات نمائية ومشكلات سلوكية قد تساهم

في احتمالية تعرضهم للإساءة من قبل المعلم المشرف عليهم أو من قبل من يتـولى رعايتهم، مما ساهم في الوصول إلى هذه النتيجة.

وقد اتفقت نتائج هذا السؤال من أسئلة الدراسة الحالية مع نتائج الكثيـر مـن الدراسات والتي من بينها دراسة بلاتشر Blacher، 1984: ماك كـوبن وهـاونج McCubbin & Hauang، 1989: ميدو أورلانـز Meadow-orlans، 1995: ليسر وآخرون Lesar, et al 1985: سنجر وفاركاس Singer & Fakas، أن أسر الأطفال المعاقين (خاصة الآباء) يعانون من الضغط أو الأزمات أو الحزن أو الأسى المزمن، والتوتر والإجهاد مما يؤدي إلى ممارسة العنف ضد أطفـالهم المعـاقين، بسبب طبيعة الأطفال المعاقين ذهنياً الذين يتصفون ببعض السلوكات غير المرغوبة كالعدوان وعدم التركيز وضعف التواصل وصعوبة التعلم مما يعرضهم للإساءة من قبل المحيطين بهم أو القائمين على رعايتهم أو المشرفين عليهم على حد سواء.

وقد اتفقت أيضاً مع نتائج دراسة نادية العمري (2003) التي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإساءة الوالدية للطفل, كما توصـلت نتـائج الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإساءة للطفل من قبل المعلمين.

ويرى الباحث أن ارتفاع مستوى الإساءة لدى الذكور في عينة الدراسة يعزى إلى العوامل الثقافية والاجتماعية بالإضافة إلى المكانة الاجتماعية التي تحيط بالفرد الذكر كصاحب سلطة من حقه تأديب أطفاله ولو كان ذلـك عـن طريـق العنـف والإساءة من باب التهذيب والتربية.

وربما تكون أسباب هذه النتيجة أن الأمهات يتميزن عن الآباء بقـربهن مـن أطفالهن وإحاطتهم بالحب والحنان بالرغم من الضغوط النفسية التي تعاني منها الأم في تربيتها لطفلها المعاق وربما ذلك يؤدي إلى عدم تعرض الطفل للإساءة من قبل الأم، على عكس الآباء الذين لا يشتركون في تربية الطفل المعاق إلا بنسـب قليلـة مقارنة مع الأمهات مما يجعلهم أقل صبراً في تحمل أعباء الطفـل المعـاق وعـدم القدرة على تلبية حاجاته مما يضفي ضغطاً متزايداً على الآباء فيتوجهون بالإسـاءة لأطفالهم (جمال الخطيب، 2001).

وهذا ما أكدته النتائج التي توصل إليها روتر (1994) والتي أشارت إلـــى إن الإعاقة الذهنية من أهم العوامل التي تساعد على توجيه الإيذاء للطفل من قبل والديه حيث يمثل ضغطاً على والديه مما يجعلهم غير قادرين على التعامل الســـليم معـــه (في:نحمده حسن,2003).

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة وائل ثـــروت الزغـــل (2004)، ومع دراسة لبيبة أبو شريف (1991)، والتي أشارت نتائجها إلى أن مستوى الإساءة لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة زيروبول (Zirpol, T. 1987) التي هدفت إلي التعرف على مظاهر الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، حيث أشارت نتائج الدراسة إلي أن هناك علاقة إيجابية بين زيادة الإساءة للأفراد بازدياد نسبة العلاقـــة معهم سواءً أكانوا معلمين أو آباء وأمهات.

السؤال الثاني:

هل تختلف أبعاد الإساءة المحتملة لدى كل من المعلمين وأولياء الأمـــور باختلاف عمر وجنس الطفل المعاق ذهنياً؟

وللإجابة على هذا السؤال، تم استخدام تحليـــل التبـــاين متعـــدد المتغيـــرات (MANOVA) على اعتبار الدرجات على أبعاد المقياس مجتمعة متغيرات تابعـــة، وكل من المجموعة وجنس الطفل، والعمر متغيرات مستقلة، ويبين الجـــدول رقـــم (10) نتائج هذا التحليل.

جدول (10)

نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات للفروق بين متوسطات (المعلمين وأولياء الأمور) في أبعاد المقياس مجتمعة بحسب جنس وعمر الطفل المعاق ذهنيا.

العامل	ف	درجة الحرية للبسط	درجة الحرية للمقام	الدلالة المشاهدة
المجموعة	1.223	6	58	0.308
عمر الطفل	4.895	6	58	0.000***
جنس الطفل	1.175	6	58	0.332
المجموعة xالعمر	0.562	6	58	0.759
المجموعة x الجنس	0.147	6	58	0.989
العمر x الجنس	0.902	6	58	0.500
المجموعة x الجنس x العمر	1.266	6	58	0.287

*** عند مستوى دلالة اقل من 0.001

وبالنظر إلى الجدول رقم (10)، نلاحظ أن أبعاد مقياس الإساءة مجتمعة لا تختلف باختلاف المجموعة (المعلمين وأولياء الأمور) ولا تختلف باختلاف جنس الطفل بينما تختلف هذه الأبعاد مجتمعة باختلاف عمر الطفل اختلافا جوهريا عند مستوى دلالة أقل من 0.001.

في ضوء هذه النتيجة قام الباحث بفحص الفروق بين المستويات العمرية في كل بعد من أبعاد المقياس على حده باستخدام تحليل التباين الأحادي ويبين الجدول(11) نتائج هذا التحليل بينما يبين الجدول (12) المتوسطات والانحرافات المعيارية.

جدول (11)

نتائج تحليل التباين أحادي المتغيرات (ANOVA) للفروق في متوسطات أبعاد مقياس الإساءة لمجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب متغير عمر الطفل المعاق ذهنيا في جميع أبعاد المقياس.

المتغير	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة
الأسى	بين المجموعات	46645.947	1	46645.947	15.921	***0.000
	داخل المجموعات	202152.644	69	2929.748		
	المجموع	248798.592	70			
التصلب / الجمود	بين المجموعات	12.442	1	12.442	0.079	0.78
	داخل المجموعات	10891.952	69	157.854		
	المجموع	10904.394	70			
عدم السعادة	بين المجموعات	54.325	1	54.325	0.25	0.62
	داخل المجموعات	15067.619	69	218.371		
	المجموع	15121.944	70			
مشكلات مع الطفل والذات	بين المجموعات	1208.014	1	1208.014	31.050	***0.000
	داخل المجموعات	2684.465	69	38.905		
	المجموع	3892.479	70			
مشكلات مع الأسرة	بين المجموعات	411.583	1	411.583	2.737	0.10
	داخل المجموعات	10376.276	69	150.381		
	المجموع	10787.859	70			
مشكلات من الآخرين	بين المجموعات	382.141	1	382.141	10.792	**0.002
	داخل المجموعات	2443.155	69	35.408		
	المجموع	2825.296	70			
الإساءة	بين المجموعات	86678.619	1	86678.619	14.449	***0.000
	داخل المجموعات	413926.311	69	5998.932		
	المجموع	500604.930	70			

*** عند مستوى دلالة اقل من 0.001 ** عند مستوى دلالة 0.01

وقام الباحث باستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية وذلك للتعرف على الفروق بين المستويات العمرية في أبعاد المقياس والجدول (12) يبين ذلك

الجدول (12)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات مجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب متغير عمر الطفل المعاق ذهنيا في جميع أبعاد مقياس الإساءة للطفل

البعـــــــد	العمر من 6–9 ن = 32		العمر من 9–12 ن = 39	
	المتوسط	**الانحراف**	**المتوسط**	**الانحراف**
الأسى	71.56	51.97	123.07	55.82
التصلب/الجمود	39.6	11.83	38.82	13.12
عدم السعادة	22.06	16.57	23.82	13.13
مشكلات مع الطفل والذات	3.812	4.51	12.102	7.35
مشكلات مع الأسرة	6.46	10.80	11.30	13.33
مشكلات من الآخرين	9.59	5.39	14.25	6.36
مقياس الإساءة	153.18	72.71	223.41	81.11

يتضح من خلال الجدول (12) أن الفروق بين مجموعتي الأعمار في أبعاد مقياس الإساءة (6–9 سنوات، 9–12 سنوات) على النحو التالي:

الأسى: متوسط المجموعة (6–9) يساوي 71.56 ومتوسط المجموعة (9–12) يساوي123.07 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.001 بين مجموعتي الأعمار.

التصلب/الجمود: متوسط المجموعة (6–9) يساوي 39.6 ومتوسط المجموعة (9–12) يساوي38.82 عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الأعمار.

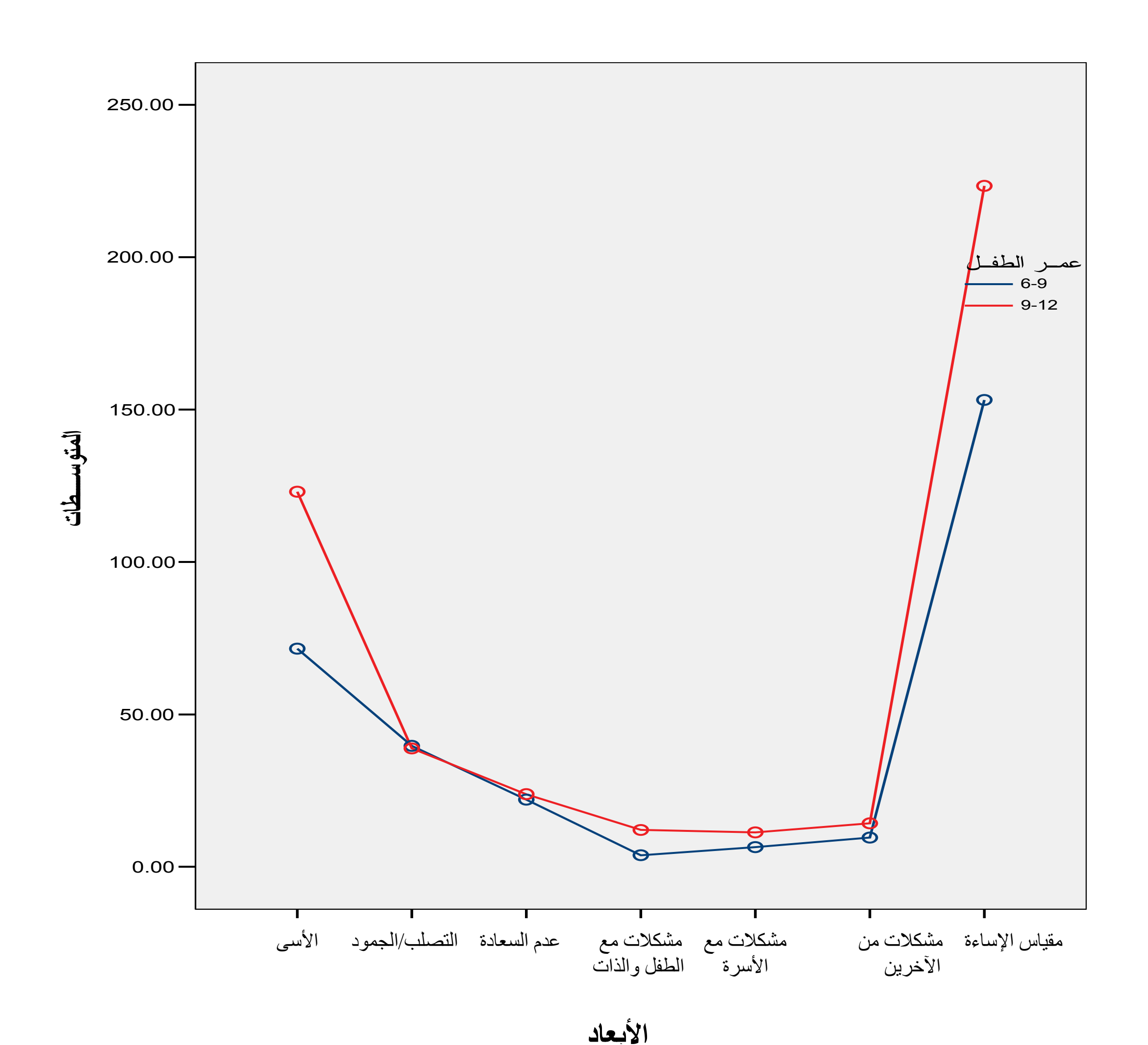
عدم السعادة: متوسط المجموعة (6–9) يساوي 22.06 ومتوسط المجموعة (9–12) يساوي23.82 عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الأعمار.

مشكلات مع الطفل والذات: متوسط المجموعة (6–9) يساوي 3.812 ومتوسط المجموعة (9–12) يساوي12.102 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.001 بين مجموعتي الأعمار.

مشكلات مع الأسرة: متوسط المجموعة (6–9) يساوي 6.46 ومتوسط المجموعة (9–12) يساوي11.30 عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الأعمار.

مشكلات من الآخرين: متوسط المجموعة (6–9) يساوي 9.59 ومتوسط المجموعة (9–12) يساوي14.25 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.01 بين مجموعتي الأعمار.

مقياس الإساءة: متوسط المجموعة (6–9) يساوي 153.18 ومتوسط المجموعة (9–12) يساوي223.41 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى أقل من0.001 بين مجموعتي الأعمار.



الشكل (2)

يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين في أبعاد المقياس حسب متغير عمر الطفل المعاق ذهنيا

مناقشة نتائج السؤال الثاني

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الاساءة بين (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب عمر الطفل المعاق ذهنياً وهذه النتيجة تشير أن عمر الطفل المعاق يؤثر على مستوى الإساءة المحتملة لدى عينة الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور)، وقد يكون سبب ذلك هو أن الطفل المعاق ذهنيا والأكبر عمراً يواجه العديد من المشكلات الاجتماعية، وصعوبات في التعامل مع المواقف

الاجتماعية المختلفة فتصدر عنه استجابات غير مناسبة لعمره، نتيجةً إلى القصـــور في عملية التكيف الاجتماعي مع الآخرين، ومع البيئة المحيطة به ممـــا يعرضـــهم للإساءة من قبل من يقوم علـــى رعـــايتهم (المعلمـــين، الوالـــدين) بقصـــد تعـــديل سلوكهم(أمل الهجرسي، 2002). مما يسبب الانزعاج الشديد للأســـرة وللمعلمـــين والشعور بالغضب, والإحباط وفقدان التحكم بالذات.

وأما عن الفروق في بعد مشكلات مع الطفل والذات الذي يتضمن فقرات تشير إلى أن الطفل غالباً ما يسبب المشكلات وأنة غبي ولدية مشكلات خاصة, يجـــب أن يعامل بقوانين صارمة لضبط سلوكه ونتيجة لهذا الضبط الحازم لسلوكيات الطفـــل يحتمل أن يتعرض للإساءة من قبل المحيطين به. مما يؤدي إلى سوء تكيف الطفـــل مع المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه، ويميل لاستخدام استجابات عدوانية للمواقف التي يتعرض لها، ويميل إلى الانسحاب ويتجنب المبادرة، ويتميز بضعف التواصل مع الآخرين والتعاطف معهم، إضافةً إلى ضعف النظام القيمي والأخلاقي لديه (نعيم الرفاعي، 1987)

أما بعد مشكلات مع الطفل والذات فيتضمن هذا البعد مدركات ســـلبية نحـــو سلوك الطفل ونحو مفهوم الذات للفرد نفسه وبالتالي فان التوقعات الايجابيـــة فـــي ضبط سلوكه غير متوفرة نتيجة هذه التوقعات وبالتالي قد يلجأ من يقوم برعايته إلى استخدام وسائل تسيء إلى هذا الطفل نتيجة التوقعات السلبية. ويرى الباحث أن هذه النتيجةربما تعزى إلى المستوى العمري للطفل ولخصائص الأطفال المعاقين ذهنيا وخصوصاً عند الأطفال الأكبر سناً فتصبح مشكلاتهم السلوكية أكثر ظهوراً وتعقيداً وتنعكس بالتالي على الأسرة والمعلمـــين مـــن حيـــث زيـــادة الضـــغوط النفســـية عليهم.وبالتالي يكون الطفل أكثر عرضة للإساءة من قبل الوالدين والمعلمـــين فـــي محاولة منهم لتعديل سلوكيات هؤلاء الأطفال. كما أن الأطفال الأصغر سناً لا تظهر عليهم مثل هذه المشكلات السلوكية بشكل واضح والتي قد تكـــون احـــد الأســـباب الرئيسة في الإساءة لهذا المستوى من العمر. ويرجع الســـبب أيضـــاً إلـــى طبيعـــة وخصائص الفئة العمرية من (9-12) سنة الذين يختلفون عن أقرانهم من فئـــة (6-9) سنوات من حيث النمو الجسمي الذي لا يتناسب مع نموهم العقلي، مما يؤثر على

نوعية التفاعل والمعاملة مع هؤلاء الأطفال، فيتعرضون للإساءة على اختلاف أنواعها من قبل العاملين على رعايتهم بحجة أنهم أصبحوا كباراً ومطلوب منهم أداء المهمات بشكل أفضل من أقرانهم الأصغر في العمر الزمني.

ويرى الباحث أن الفئة العمرية من(9–12) من ذوي الإعاقة الذهنية تحتاج إلى حاجات أكثر من الفئة العمرية من (6–9) في المشاركة في النشاطات والتفاعلات مع الآخرين، ونتيجة لانخفاض القدرات الذهنية لديهم فإنهم يحاولون الحصول عليها أو التعبير عن حاجاتهم من خلال بعض السلوكيات العدوانية التي قد تتسبب في التعرض للإساءة من قبل الآخرين.

وهذا ما أشارت إلية لطيفة قادر (2002) في أن العلاقة بين الإساءة والعنف الجسدي والإهمال للطفل وبين العوامل المؤثرة في ذلك والتي من بينها عمر الطفل, ومرحلة نموه عند وقوع الحدث، ومدة وتكرار الإيذاء، والصورة العاطفية في المنزل, فقد وجد أنه يزداد احتمال تعرض الطفل إلى الإساءة بازدياد عمره.

وقد تكون أسباب ذلك لوجود عدة عوامل من بينها جنس الطفل وعمره، والمستوى التعليمي لكل من الأب والأم, ودخل الأسرة. ويشير دانيال إلى أن العوامل التي تدفع الآباء لإيذاء الطفل المعاق هي عدم النضج الذهني، والتصرفات السلوكية غير المناسبة التي تصدر من الأطفال المعاقين ذهنيا وخصوصا مع تقدم عمر الطفل (Danuel, 1997, P249).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة فاطمة الطراونة (2001) والتي أظهرت نتائجها أنه كلما كان هناك تقدم في عمر الطفل كانت الإساءة التي تقع علية اكبر،كما أظهرت النتائج انه يوجد دلالة إحصائية في الإهمال والإساءة النفسية. كذلك اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة موزة الدوي (2005) حيث هدفت إلى البحث في ظاهرة إيذاء الطفل في مدارس المرحلة الإلزامية في مملكة البحرين، وأظهرت النتائج أن هناك فروقا في مستوى التعرض للإيذاء للإساءة حسب متغير عمر الطفل المعاق.

كما توصلت نتائج هذه الدراسة أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإساءة لدى عينة الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب جنس الطفل المعاق ذهنياً.

وقد تكون أسباب هذه النتيجة كون الأطفال المعاقين ذهنيا ومن كلا الجنسين يتشابهون في خصائصهم السلوكية والمعرفية الأمر الذي يؤدي إلى إساءة الطفل المعاق بغض النظر عن جنسه، وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة اليس وآخرون(Alice,et al,1974) التي هدفت إلى مقارنة مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الذين تعرضوا للإساءة مع مجموعة من الأطفال المعاقين ذهنياً لم يتعرضوا للإساءة، في ضوء متغيرات (الجنس، والعمر، والوضع الاقتصادي والاجتماعي) حيث تبين ان هناك فروقا ذات دلالة إحصائية لصالح الأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءة.

في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة وائل ثروت حسن الزغل (2004) التي وجدت فروقا دالة إحصائياً تعزى لمتغير الجنس. واختلفت أيضاً مع دراسة تيسير الياسين، مؤمن الحديدي، تغريد السرحان (2001) التي وجدت فروقا دالة إحصائياً تعزى لمتغير الجنس، ومع دراسة لبيبة أبو شريف (1991) التي أظهرت وجود دلالة إحصائية بين متوسطات الذكور ومتوسطات الإناث من الأطفال المعاقين ذهنياً المساء إليهم.

السؤال الثالث:

ما ابرز أبعاد الإساءة التي تميز المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال معاقين ذهنياً؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام التحليل التمييزي Discriminate (Analysis) وذلك للتعرف على أبعاد الإساءة التي تميز بين مجموعتي الدراسة (المعلمين, أولياء الأمور).

ويبين التحليل التمييزي، الذي تعرض نتائجه ادناه، دلالة هذه الفروق وكيفية انتظام الأبعاد المميزه للمجموعتين، وبما ان لدينا مجموعتان تتمثل في (المعلمين

وأولياء الأمور)، فان اكبر عدد من الدوال التمييزية يمكـن استخلاصـه بواسـطة التحليل التمييزي هو دالة واحدة فقط كما هي موضحة في الجدول (13).

جدول (13)

الدلالة الإحصائية للدالة التمييزية القانونية لنسق أبعاد الإساءة لدى مجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور)

الدالة	كاي تربيع	درجات الحرية	نسبة التباين	الارتباط القانوني	الدلالة
الدالة	9.36	6	%100	0.36	0.15

يتضح من الجدول السابق أن التحليل التمييزي قد كشف عن دالة تميزية واحده غير دالة إحصائيا والارتباط القانوني لهذه الدالة = 0.36 وبما أن هـذا الارتبـاط القانوني يعبر عن قوة العلاقة بين الدالة التمييزية وبين الانتماء لمجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور)، ضعيف، وبما أن الدالة التمييزية تمثل مجموعـة أبعـاد الإساءة مجتمعة (الأسى, التصلب/ الجمود, عدم السعادة, مشكلات مع الطفل والذات, مشكلات مع الأسرة, مشكلات من الآخرين, الاساءة).

فإنه يمكن القول أنه ليس لهذه الإبعاد دلالة إحصائية وعملية في التمييز بـين مجموعتي (المعلمين وأولياء الأمور).

مناقشة نتائج السؤال الثالث

فقد أشارت نتائج التحليل التميزي إلى عدم وجود دلالة إحصائية في التمييـز بين مجموعتي الدراسة(المعلمين وأولياء الأمور) الأمر الذي يشير إلـى أن أفـراد المجموعتين لا يختلفون بأبعاد الإساءة ويمكن أن تكون هذه الأبعاد مهمة في معرفة أسباب الإساءة لدى مجموعتي الدراسة حيث أجمعت بعض الدراسات السابقة إلى أن هذه الأبعاد أو بعضها أو في مجملها من نتائج إيقاع الأذى على الطفل المعاق ذهنيا، وأن معظم نتائجها اتفقت على أن لهذه الأبعاد دورا مهما في إيقاع الأذى على الطفل

المعاق ذهنيا مع العلم أن هذه الدراسة لا تبحث بالأسباب ولكن تبحث بالفروق بين مجموعتي الدراسة إلا انه يمكن الاستنتاج أن هذه الأبعاد هي مسببات الإساءة وتؤدي إلى نزوع الفرد إلى الإساءة.

وقد أشارت معظم الدراسات السابقة إلى ان خصائص الطفل تزيد من تعرضه للإساءة، وأن عمر الطفل ونموه الجسدي، والعقلي، والاجتماعي، والعاطفي، قد يزيد أو ينقص احتمال تعرضه للإساءة، اعتماداً على تفاعل هذه الصفات مع العوامل الموجودة لدى الوالدين (تيسير أحمد، 2001).

الأمر الذي يجعل من الصعوبة أحياناً تقديم العناية لهم مما يجعل من الضغوط المادية والنفسية على الوالدين والعاملين معهم سبباً للإساءة، وهناك عوامل أخرى تدفع الآباء لإيذاء الأطفال المعاقين، وهي عدم النضج الذهني (Danuel, 1997, P.249).

وقد اتفقت نتائج هذا السؤال مع نتائج الدراسة التي أجراها مارشيتلي (Marchetli, A. 1990) التي هدفت إلي التعرف على أماكن وقوع الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً والتي توصلت إلى أنه يحدث لهم في المنزل وفي دور الرعاية وفي الأماكن العامة، ومع دراسة نادية العمري (2003) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين أساليب إساءة معاملة الطفل من قبل الوالدين والمعلمين وبعض الاضطرابات النفسية كما يدركها الطفل. ولم تجد فروقاً بين المعلمين والوالدين.

الفصل الخامس
خاتمة الدراسة والتطبيقات التربوية

- مقدمة
- خاتمة الدراسة
- التطبيقات التربوية
- البحوث المقترحة

الفصل الخامس
خاتمة الدراسة والتطبيقات التربوية

مقدمة:

يتناول هذا الفصل عرضا موجزا لملخص الدراسة الحالية يتم من خلالها التعرف على أهم الجوانب الأساسية التي تمت مناقشتها في الدراسة،من حيث الهدف من الدراسة وأهميتها وتساؤلاتها والمنهج المستخدم فيها والنتائج التي تم التوصل إليها، كما يتضمن بعض التطبيقات التربوية والمقترحات التي يوصى بها الباحث في ضوء نتائج الدراسة الحالية.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنيا لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت.

ولتحقيق هذا الهدف، تم اختيار عينة الدراسة التي بلغت (71) فرداً، منهم (41) معلماً ومعلمة، و(30) أباً وأم، وقد تم تطبيق مقياس قائمة الإساءة للطفل على عينة الدراسة. وبعد الانتهاء من جمع البيانات تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأداء على مقياس قائمة الإساءة للطفل، كما تم إجراء تحليل التباين متعدد المتغيرات، للتعرف على الفروق بين كل من المعلمين وأولياء الأمور في أبعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقتها بجنس الطفل المعاق ذهنياً وللتعرف على الفروق في مستوى أبعاد الإساءة لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور باختلاف عمر الطفل المعاق ذهنياً، والتعرف أيضاً على أبعاد الإساءة التي تميز المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم طفل معاق ذهنياً.

وقد حاولت الدراسة الحالية الإجابة على الأسئلة التالية:

1. هل توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من المعلمين وأولياء الأمور في أبعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، وهل يختلف مستوى الإساءة المحتملة باختلاف الجنس؟
2. هل تختلف أبعاد الإساءة المحتملة لدى كل من من المعلمين وأولياء الأمور باختلاف عمر وجنس الطفل المعاق ذهنياً؟
3. ما ابرز ابعاد الإساءة التي تميز المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال معاقون ذهنياً؟

تم استخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة، والذي يعتبر منهجاً مناسباً لهذه الدراسة حيث أن موضوع الدراسة الحالية يدور حول أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنياً لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور.

واشتملت عينة الدراسة على (41) معلماً ومعلمة من العاملين في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات بواقع (21) معلماً، (20) معلمة، كما شملت عينة الدراسة (30) أباً وأماً بواقع (16) أب, (14) أم, لديهم أطفال من فئة الإعاقة الذهنية البسيطة والملتحقين في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات التابعة لمدارس التربية الخاصة بدولة الكويت، حيث تكونت مجموعتان من الأطفال أحداهما تتراوح أعمارهم من (6–9) سنوات وعددهم 32, والأخرى تتراوح أعمارهم من (9–12) سنة وعددهم (39).

تم تطبيق مقياس الإساءة على عينة عشوائية من معلمي وأولياء أمور التلاميذ المعاقين ذهنياً حيث بلغ مجموعهم (230)، وبعد تصحيح استجاباتهم بناء على مقاييس الصدق (الكذب, عدم الاتساق,الاستجابة العشوائية) في المقياس تم استبعاد (159) فرداً، واعتمد باقي أفراد العينة وعددهم (71) فرداً كأساس للدراسة الحالية.

وقد استخدم الباحث في الدراسة الحالية الأداة التالية:

مقياس الإساءة للطفل The Child Abuse Potential Inventory

من إعداد Joel S.Milner (2006) (تعريب الباحث) ويتكون المقياس من ستة مقاييس فرعية وهي، (الأسى, التصلب/ الجمود, عدم السعادة, مشكلات مع الطفل والذات, مشكلات مع الأسرة, مشكلات من الآخرين) ويهدف هذا المقياس للكشف عن الأفراد ممن لديهم الاستعداد نحو الإساءة (Abuse Potentiality).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- بالنسبة إلى السؤال الأول:

يتبين من نتائج السؤال الأول عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الدراسة (المعلمين وأولياء الأمور) في أبعاد الإساءة للطفل المعاق ذهنياً، ولكن وجدت فروق بين جنس كل من المعلمين وأولياء الأمور،حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الإساءة لدى الذكور من كلا المجموعتين أعلى منه لدى الإناث، ويعزي الباحث ارتفاع مستوى الإساءة لدى الذكور عنه لدى الإناث في عينة الدراسة إلى العوامل الثقافية والاجتماعية.

2- بالنسبة إلى السؤال الثاني:

فقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.001 في مقياس الإساءة للطفل بين (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب عمر الطفل المعاق ذهنيا الأمر الذي يشير إلى أن عمر الطفل المعاق يؤثر على مستوى الإساءة لدى أفراد العينة وهذه الفروق كانت من خلال النتائج لصالح المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال من الفئة العمرية (9-12) حيث كانوا أكثر احتمالا للإساءة. ويرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية فكلما كان الطفل اكبر سناً فان مشكلاته السلوكية تصبح أكثر ظهوراً وتعقيداً وتنعكس بالتالي على الأسرة والمعلمين من حيث الضغوط النفسية. إضافةً إلى عدم القدرة والخبرة بالتعامل مع الأطفال المعاقين، مما يدفعهم لممارسة الإساءة ضدهم سواء الإساءة البدنية أو النفسية.

3- بالنسبة الى السؤال الثالث:

فقد أشارت نتائج التحليل التميزي إلى عدم وجود دلالة إحصائية في التمييز بين مجموعتي الدراسة الأمر الذي يشير إلى أن هذه الأبعاد لها نفس الأثر لكلا المجموعتين من حيث احتمال الإساءة للطفل المعاق ذهنيا ويمكن أن تكون مهمة في معرفة أسباب الإساءة لدى مجموعتي الدراسة.

التطبيقات التربوية:

من خلال ما توصل إليه الباحث من نتائج، يمكن استخلاص بعض التطبيقات التربوية والتي يمكن أن تكون ذات فائدة في مجال التطبيق العملي:

1. تطوير برامج إرشادية على المستوى الوطني من أجل تعديل أنماط سلوكية غير مرغوب فيها من قبل أولياء الأمور والعاملين مع الأطفال المعاقين في تعاملهم مع أطفالهم المعاقين.
2. إشراك أولياء أمور الأطفال المعاقين ببرامج خاصة بتوعية العاملين مع الطفل المعاق ذهنياً، مما قد يساعدهم على تحسين قدراتهم على التفاعل مع هؤلاء الأطفال بطريقة إيجابية وبعيدة عن العنف والإساءة.
3. زيادة الاهتمام بالأطفال المعاقين على مستوى الأسرة والمجتمع من خلال إعداد وتخطيط وتنفيذ برامج خاصة بهم تساعدهم على التكيف اجتماعياً مع المحيط الذي يعيشون فيه، مما يبعدهم عن التعرض للإساءة.

بحوث مقترحة:

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية، يمكن القول بأن الحاجة ما تزال قائمة لإجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بأسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية، ويوصى الباحث بإجراء الدراسات التالية:

1. دراسة الأسباب المؤدية لقيام أولياء الأمور والمعلمين بالإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً.

2. دراسة العلاقة بين الضغوط النفسية التي يتعرض لها كل من المعلمين وأولياء الأمور وعلاقتها بالإساءة للأطفال ذوى الإعاقة الذهنية البسيطة.
3. العلاقة بين السلوك التكيفي والإساءة التي يتعرض لها الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية البسيطة.
4. العلاقة بين مفهوم الذات والإساءة للأطفال ذوى الإعاقة الذهنية البسيطة.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

احمد السيد اسماعيل (1995). **مشكلات الطفل السلوكية وأساليب المعاملة الوالدية.** الاسكندرية: دار الفكر الجامعي.

احمد السيد اسماعيل (2001). الفروق في اساءة المعاملة وبعض متغيرات الشخصية بين الاطفال المحرومين من اسرهم وغير المحرومين من تلاميذ المدارس المتوسطة بمكة المكرمة، **دراسات نفسية،** 11 (ابريل) 39−45، رابطة الاخصائئين النفسيين.

احمد بدر(1984). **أصول البحث العلمى ومناهجه.** الكويت: دار القلم.

الجمعية العامة للأمم المتحدة (1975). **إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق المعوقين.** نيويورك، الدورة الثلاثون، الاجتماع العام.

أمل معوض البحيري (2003). **تربية المعاقين عقليا**.عمان: دار الفكر العربي.

أمل معوض الهجرسي (2002). **تربية الأطفال المعاقين عقليا**.القاهرة: دار الفكر العربي.

إيمان عبد الحافظ العقرباوي (2003). **الخصائص الشخصية للمسيئين للاطفال وعلاقتها بنمط الاساءة.** رسالة ماجستير غير منشورة, الجامعة الاردنية.

إيهاب ناشد (1991). **إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم.** رسالة الماجستير غير منشورة، كلية الطب: جامعة القاهرة.

بشير البلبيسي (1997). **حجم مشكلة إساءة معاملة الأطفال في المجتمع الأردني،** ورقة عمل مقدمة في فعاليات ندوة الإساءة للطفل المنظمة من قبل جمعية نهر الأردن، عمان، الأردن.

تقرير الأمين العام للأمم المتحدة (2006). **دراسة متعمقة بشأن جميع أشكال العنف ضد المرأة،** الدورة الحادية والستون.

تيسير أحمد (2001). **عوامل الخطورة المؤدية للإساءة لدى الأطفال المساء إليهم في المملكة الأردنية الهاشمية.** ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر العنف ضد الأطفال من (12–20 نيسان) مركز الأفق، عمان.

تيسير الياسين، مؤمن الحديدي،هاني جهشان، تغريد السرحان (2001).**عوامل الخطورة المؤدية للإساءة لدى فئة من الأطفال المساء إليهم في المملكة الأردنية الهاشمية.**مؤتمر نحو بيئة خالية من العنف للأطفال العرب، الأردن.

جمال الخطيب (2003). **الشلل الدماغي والإعاقة الحركية: دليل المعلمين والآباء،** عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

جمال الخطيب (2001). **أولياء أمور الأطفال المعاقين – إستراتيجية العمل معهم وتدريبهم ودعمهم.** سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة. الرياض: السعودية.

جمال الخطيب, منى الحديدي (2005). **التدخل المبكر**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

حنان عبد الحميد العناني (2005). **الصحة النفسية**. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

حسين أبو رياش، عبد الحكيم الصافي، اميمة عمور، سليم شريف (2006). **الإساءة والجندر**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

خولة احمد يحيى (2004). **الإعاقة العقلية**. عمان: دار وائل.

داليا مؤمن عزت (1997) **الإساءة البدنية وعلاقتها بالتفاعلات الأسرية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

ذياب البداينة (1996)، الاوصمة الاجتماعية والإعاقة. السلسلة (أ) **مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية**، (جامعة مؤتة).

رائدة أبو الكشك (1991). **العلاقة بين التنشئة الأسرية وكل من تقدير الذات ومركز الضبط عند المراهقين**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية عمان: الأردن.

رفيعة عبيد غباش(2002). **مقابلة وتقييم الطفل المعتدى علية جنسيا**, محاضرة عن الطفل المعتدى علية جنسيا, جامعة الخليج العربي.

ريم عبد المطلب، شاهيناز عبد الغفور (2004). **الاستغلال لجسد الطفل**. المؤتمر الإقليمي لحماية الطفل. عمان: الاردن.

زيد محمد البتال (2004). **التدخل المبكر للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة** –حقيبة تدربية. مشروع تطوير البرامج التربوية لفئات المعاقين لزيادة جدواها وفاعليتها في دول مجلس التعاون الخليجي. ورشة تطويير الكفايا المهنية للعاملين في مجال الإعاقة:الشارقة.

سيد عادل توفيق رطروط (2000). **اعاقة الطفل العقلية كاحدى عوامل الخطورة المحركة لأيقاع الاساءة علية.** الشبكة العربية لذوي الاحتياجات الخاصة.

سيد عادل توفيق رطروط (2001). **أنماط الإساءة الواقعة على الأطفال من قبل أفراد أسرهم وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية.** رسالة ماجستير غير منشورة, الجامعة الأردنية.

سمية طه جميل (1998). **التخلف العقلي استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سهى احمد أمين (1999). **المتخلفون عقلياً بين الإساءة والإهمال.** القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

سوسن شاكر الجلبي (2003). **أثار العنف وإساءة معاملة الأطفال على الشخصية المستقبلية.** شبكة العلوم النفسية العربية.

صالح قاسم عاصلة (2004). **أشكال الإساءة الوالدية للطفل وعلاقتها بمستوى تعليم الوالدين ودخل الأسرة والسلوك العدواني لدى الأبناء.** رسالة ماجستير غير منشورة, الجامعة الأردنية.

ضرار نمر عسال (2003). **العنف ضد المرأة وأثره على الإساءة للطفل**. رسالة ماجستير غير منشورة, الجامعة الأردنية.

طلعت منصور (2001). نحو إستراتيجية لحماية الطفل من سو المعاملة والإهمال. **مجلة الطفولة والتنمية**: العدد (4).

عامر نايل المصري (2000). **الاساءة اللفظية ضد الاطفال من قبل الوالدين في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمو غرافية**. رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة مؤتة.

عبير عبده (1995). **فاعلية برنامج إرشادي جمعي في تقدير الذات ومصادر الضبط لدى المراهقين**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان: الأردن.

فاروق الروسان (1999). **قضايا ومشكلات في التربية الخاصة**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

فاروق الروسان (1989). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، مقدمة في التربية الخاصة، عمان: جمعية عمال المطابع التعاونية.

فاروق محمد صادق (1993). **سيكولوجية التخلف العقلي**، الرياض: السعودية.

فاطمة حماد الطراونة (2001). **أشكال إساءة المعاملة الوالدية للطفل وعلاقتها بالتوتر النفسي لدية**, رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة مؤتة.

كمال ابراهيم مرسى(1996). **مرجع في علم التخلف العقلي**. الكويت: دار القلم.

لبيبة أبو شريف (1991). **الأنماط السلوكية غير التكيفية للأطفال المعوقين عقليا والمرتبطة بإيقاع الإساءة البدنية بهم من قبل والديهم.** رسالة ماجستير غير منشورة, الجامعة الأردنية.

لطيفة عمر قادر (2002). **إساءة المعاملة البدنية والإهمال لدى عينة من طالبات المرحلتين الابتدائية والمتوسطة وبعض السمات الشخصية لأمهاتهن.** رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة أم القرى.

محمد أبو عليا (2000). **العنف الأسري أنواعه وأشكاله وأسبابه،** ندوة لنعمل معاً من أجل أسرة سعيدة خالية من العنف، الزرقاء: الجامعة الهاشمية، مركز التوعية والإرشاد الأسري.

محمد محروس الشناوي(1997). **التخلف العقلي الأسباب – التشخيص – البرامج.** القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

مطاوع بركات (1999) العدوان والعنف في الأسرة، **عالم الفكر**، المجلد27، العدد4، ابريل، الكويت.

معهد الملكة زين الشرف التنموي (2002). **المفاهيم الخاصة بالعنف الأسري والإساءة كما تراها شرائح المجتمع الأردني**، مشروع حماية الأسرة، عمان: الأردن.

منظمة الصحة العالمية (2002). **التقرير العالمي حول العنف والصحة.** القاهرة.

مؤمن الحديدي، وهاني الجهشان (2001). **أشكال وعواقب العنف ضد الأطفال،** مؤتمر نحو بيئة خالية من العنف للأطفال العرب، نيسان،2001، الأردن.

موزة عيسى الدوي (2005). **إيذاء الطفل:** دراسة حالة على أطفال المدرسة في المرحلة الإلزامية في مملكة البحرين. رسالة ماجستير غير منشورة, الجامعة الأردنية.

نادية محمد العمري (2003). **العلاقة بين أساليب إساءة معاملة الطفل من قبل الوالدين والمعلمين وبعض الاضطرابات النفسية كما يدركها الطفل بمدينة الرياض**. رسالة ماجستير غير منشورة,كلية التربية للبنات.

نايف بن عابد الزارع (2006) **تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة**، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

نبيلة عبد الرقيب السروري (2005). **الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المساء إليهم**. رسالة ماجستير غير منشورة,الجامعة الأردنية.

نجلاء السيد الزهار (2001). **دراسة العلاقة بين مظاهر إساءة معاملة الأطفال والتأخر الدراسي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية**. رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة عين شمس.

نحمده محمد حسن (2003). **إساءة معاملة الأطفال نفسيا وعلاقتها بالعصابية لدى الأم**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس.

نعيم الرفاعي (1987). **الصحة النفسية- دراسة سيكولوجية التكيف**. دمشق: المكتب الإسلامي للنشر والتوزيع.

هدى قطان (1999). **مظاهر الإساءة للأطفال**. ندوة الإساءة للأطفال بجامعة الملك سعود.

هند القيسي (2004). **الإساءة بنوعيها ((الانفعالية والجسدية)) والإهمال بنوعيه ((الانفعالي والجسدي)) وأثرها على الذكاءات النمائية المتعددة كما وردت في نظرية غاردنر**. رسالة ماجستير غير منشورة,الجامعة الأردنية.

هند صلاح الدين خلقي (1990). **العلاقة بين الإساءة الجسدية والجنسية للطفل وبعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالأسر المسيئة**. رسالة ماجستير غير منشورة, الجامعة الأردنية.

هيثم مناع (2006). **حقوق الطفل**. دمشق:مركز الراية للتنمية الفكرية.

وائل ثروت حسن الزغل (2004). **اساءة معاملة الطفل المعاق ذهنياً من الدرجة البسيطة وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية**. رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة عين شمس.

وليد سرحانة (1997). **الإساءة للأطفال: الإيذاء النفسي**، ورقة عمل قدمت لندوة إساءة معاملة الأطفال في الأردن، عمان.

يحيى أبو نواس (2003). **مقارنة للخصائص النفسية والاجتماعية بين الأطفال الذين تعرضوا للإساءة والأطفال الذين لم يتعرضوا لها**. رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة مؤتة.

يوسف قطامي (2004). **النظرية المعرفية الاجتماعية وتطبيقاتها**. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

يوسف صلاح الدين قطب (1990). **نحو طفولة غير معاقة**, افتتاحية المؤتمر الخامس لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة: القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Abiding , R R.(1983) **. Parenting stress index** : manual. Charlottesville, Virginia : Pediatric Psychology Press.

Alice, S.(1974). Child Abuse and Mental Retardation: A Problem of Cause and Effect. **American Journal of Mental Deficiency**, 79, 327-330.

Alloy, L. B (1996**) Abnormal psychology** : current perspectives. New York : McGraw-Hill.

Ahlgrim-Delzell , L., Dudley J.R. (2001) Confirmed, unconfirmed, and false allegations of abuse made by adults with mental retardation who are members of a class action lawsuit. **Child Abuse and Neglect**, 25(8), 1121-32.

Blacher , J. , McIntyre L. L. (2006) Syndrome specificity and behavioural disorders in young adults with intellectual disability: cultural differences in family impact. **Journal of Intellectual Disability Research**, 50 (3), 184–198.

Beverly , L.F, Allison C.C, Diane N.B. (2006). Accessibility of Pennsylvania's Victim Assistance Programs. **Journal of Disability Policy Studies**, 16 (4) , 209-219.

Brenda , B. (1990). The child abuse potential of mothers of young children with handicaps and mothers of young children without handicaps: Correlates and comparisons. **(Doctorial dissertation, University of New Orleans , 1990) ProQuest Digital Dissertation** (PDD No. 9103956).

Campbell Reay, A.M. and Browne, K.D. (2002). The Effectiveness of Psychological Interventions with Individuals

who Physically Abuse or Neglect their Elderly Dependents. **Journal of Interpersonal Violence**, 17 (4): 416-431.

Carlson, B. E. (1997). Mental retardation and domestic violence: an ecological approach to intervention. **Social Work** , 42, 79-89.

Chan , J.B. , Sigafoos J. (2000) A Review of Child and Family Characteristics Related to the Use of Respite Care in Developmental Disability Services. **Child and Youth Care Forum**, 29 (1), 27-37.

Dombrowski, S. C.(2003) Supporting School Professionals Through the establishment of a school district policy on child maltreatment. **Education**, Winter, 77-88.

Drotar D, Pallotta J, Eckerle D. (1994) A prospective study of family environments of children hospitalized for nonorganic failure-to-thrive. **Journal of Developmental Behavioral Pediatrics**, 15(2), 78-85.

Freisthler, B., Bruce, E., & Needell,B .(2007) Understanding the geospatial relationship of neighborhood characteristics and rates of maltreatment for Black , Hispanic, and White children. **Social Work** 52 (3) , 7-16 .

Herman DB, Susser ES, Struening EL, Link BL. (1997) Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? **American Journal of Public Health** , 87(2), 249-55.

Jill , B. , Amy, M. (2005). Child Abuse Reporting by School Counselors. **Professional School Counseling** , 9 (1) , 63-71.

Joel S.M (1994) Assessing physical child abuse risk: The child abuse potential inventory. **Clinical Psychology Review** , 14, 547-583

Karen A. , Larry L.M. , Melanie C. , Misty L.B , John M.C. (2004) The Relationship Between Respite Care and Child Abuse Potential in Parents of Children with Developmental Disabilities: A Preliminary Report. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, 16 (3) 23-28

Kesner, J. E.; Robinson, M. (2002) Teachers as Mandated Reporters of Child Maltreatment: Comparison with Legal, Medical, and Social Services Reporters**. Children & Schools**, 24 (4) , 222-231.

Klevens J. , Bayon M.C, Sierra M. (2000) Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogota, Colombia. **Child Abuse and Neglect**, 24 (3) , 223-332.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnick, D. M., Spreat, S., & Tasse, M. J; (2002). **Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports** (10th Ed.). Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reese, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M. & Stark, J. A. (1992). **Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports** (9th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Marchetti, A.G., McCartney, J.R. (1990)Abuse of Persons with Mental Retardation : : Characteristics of the Abused, the Abusers, and the Informers**. Mental Retardation**, 28(6), 367-371.

Malinosky-Rummell R, Hansen D.J (1993) Long-term consequences of childhood physical abuse. **Psychological Bulletin**, 114(1), 68-79.

Milner, J.S. (1986) **The child abuse potential inventory** : Manual. Webster, N.C. : Psytec.

Mansell S, Sobsey D, Moskal R. (1998) Clinical findings among sexually abused children with and without developmental disabilities. **Mental Retardation**, 36(1), 12-22.

Matlin, M.W. (1996) **The psychology of women**. Fort Worth ; London : Harcourt Brace College Publishers.

McCartney JR, Campbell V.A. (1998) Confirmed abuse cases in public residential facilities for persons with mental retardation: a multi-state study. **Mental retardation**, 36(6), 465-73

McCreary BD, Thompson J.(1999). Psychiatric aspects of sexual abuse involving persons with developmental disabilities. **Canadian Journal Psychiatry**, 44 (4), 350-355.

Milner J.S, Wimberley R.C. (1979) An inventory for the identification of child abusers. **Journal of Clinical Psychology**, 35(1), 95-100.

Milner J.S, Wimberley R.C. (1980) Prediction and explanation of child abuse. **Journal of Clinical Psychology**, 36 (4) , 875-84.

Molnar B.E, Buka S.L, Brennan R.T, Holton J.K, Earls F. (2003) A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: results from the project on human development in Chicago neighborhoods. **Child Maltreatment** , 8(2), 84-97.

Myers, J. E. B. (1986). A survey of child abuse reporting laws. **Journal of Juvenile Law**, 10 , 1-72.

Muro, J. J (1995) **Guidance and counseling in the elementary and middle schools : a practical approach**. Madison : Brown & Benchmark.

Penza , K. M. , Heim , C. . Nemeroff, C. B (2003) Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. **Archives of Women's Mental Health**, 6 (1) 12-17.

Perez-Albeniz, A. , de Paul, Joaquin. (2004). Gender Differences in Empathy in Parents at High- and Low-Risk of Child Physical Abuse. **Child Abuse & Neglect: The International Journal**, 28 (3) , 289-300.

Pillay, A. L, and Sargent , C.(2000) . Psycho-legal issues affecting rape survivors with mental retardation. **South African Journal of Psychology** 30(2): 9-13.

Pressel , D.M. (2000). Evaluation of physical abuse in children. **American Family Physician**, 61, 3057-64.

Reynolds, L.A. (1995) People with Mental Retardation & Sexual Abuse**. (Report No.NCRTL-RR-92-4).East Lansing, MI : National Center for Research on Teacher Learning**.(ERIC Document Reproduction Service No.ED416651

Rinehart, N.J, Brereton, A.V, Tonge, B.J, King , N. (2003) Autism: A parent-based early intervention. **Australian Journal of Psychology**, 55 (4) ,208-208.

Richard J. P (1996) Determinants of child abuse Robert T. A, potential: Contribution of parent and child factors**. Journal of Clinical Child Psychology**, 25 (3) , 300-307.

Sidebotham P, Golding J. (2001) Child maltreatment in the "children of the nineties" a longitudinal study of parental risk factors**. Child Abuse and Neglect** , 25(9), 1177-200.

Vig S. , Kaminer R. (2002) Maltreatment and Developmental Disabilities in Children. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, 14 (4), 371-386.

Woolfolk, A. E (1998) **Educational psychology**. London : Allyn and Bacon.

Zantal-Wiener, K. (1987) Child Abuse and the Handicapped Child. **(Report No.NCRTL-RR-92-4).East Lansing, MI : National Center for Research on Teacher Learning.(ERIC Document Reproduction Service** No. ED287262.

Zirpoli, T. (1986) Child Abuse and Children With Handicaps. **REMEDIAL AND SPECIAL EDUCATION** , 1, 39-48.



الملاحق

ملحق (1)

مقياس الإساءة للطفل

م.	العبارة	موافق	غير موافق
1	لا أشعر بالحزن أبداً على الآخرين.		
2	أستمتع بامتلاك حيوانات أليفة.		
3	أنا دائماً قوي وصحي.		
4	أحب معظم الناس.		
5	أنا شخص مضطرب.		
6	لا أثق في معظم الناس.		
7	يتوقع الناس مني أكثر مما يجب.		
8	يجب أن لا يكون الأطفال سيئين.		
9	أنا في الغالب شخصية مزدوجة ومشوشة.		
10	الصفع والتوبيخ الذي يخدش شعور الطفل فقط أمر مقبول.		
11	أحاول دائماً توبيخ أبني عندما يبكي ويصرخ.		
12	أتصرف أحياناً بدون تفكير.		
13	لا يمكنك الاعتماد على الآخرين.		
14	أنا شخص سعيد.		
15	أحب عمل الأشياء		
16	البنات في حاجة إلى الحماية.		
17	أنا في الغالب غاضب من الداخل.		
18	أشعر أحياناً بالوحدة في هذا العالم.		
19	يجب أن يكون كل شيء في البيت في مكانه.		
20	أحياناً أشعر بالقلق لعدم إشباع حاجات الطفل.		
21	السكين خطر على الأطفال.		
22	في الغالب أشعر بأنني منبوذ ومرفوض.		
23	أشعر في الغالب بالوحدة والعزلة من الداخل.		
24	يجب أن لا يتعلم الأولاد الصغار العاب البنات.		
25	في الغالب أشعر بالإحباط وخيبة الأمل.		
26	يجب على الأطفال إطاعة وتنفيذ الأوامر.		
27	أحب كل الأطفال.		
28	أحياناً أشعر بالخوف من عدم ضبط النفس.		

م.	العبارة	موافق	غير موافق
29	أحياناً أتمنى لو كان أبي يحبني أكثر من ذلك.		
30	لي طفل يتعامل بخشونه.		
31	أعرف الأسلوب الصحيح والخطأ عند التصرف والعمل.		
32	رقم تليفوني غير مسجل في قائمة دليل الهاتف.		
33	ولادة الطفل تسبب دائماً مشكلات في الزواج.		
34	أنا دائماً شخص طيب.		
35	لا أشعر بالقلق أبداً على صحتي.		
36	أشعر بالقلق أحياناً لعدم وجود الطعام الكافي.		
37	لم أتمنى أبداً إيذاء الآخرين.		
38	أنا شخص غير محظوظ.		
39	أنا شخص هادئ تماماً.		
40	الأطفال مزعجون وبغيضون.		
41	الأمور تسير على عكس ما أتمناه في هذه الحياة.		
42	حمل الطفل عندما يبكي ويصرخ يفسده.		
43	أنا شخص هادئ جداً أحياناً.		
44	أفقد أعصابي أحياناً.		
45	عندي طفل سيء وشرير.		
46	أفكر في نفسي أولاً في بعض الأحيان.		
47	أشعر بعدم القيمة أحياناً.		
48	لم يهتم والداي بي الاهتمام الحقيقي.		
49	أشعر بالحزن الشديد في بعض الأحيان.		
50	الأطفال لا يختلفون كثيراً عن الكبار.		
51	عندي طفل يكسر الأشياء.		
52	اشعر بالقلق في الغالب.		
53	لا مانع من أن يظل الطفل في حفظات متسخه لفترة من الوقت.		
54	يجب على الطفل عدم الرد على الآخرين بقلة أدب.		
55	سلوكي في بعض الأحيان طفولي (مثل الأطفال).		
56	أشعر بالقلق والانزعاج بسهولة في أغلب الأوقات.		
57	تنتابني أفكار سيئة وشريرة في بعض الأحيان.		
58	لا بد أن يفكر الشخص في نفسه أولاً.		
59	الطفل الذي يصرخ ويبكي لن يكون سعيداً أبداً.		
60	لم أكره الآخرين أبداً.		

م.	العبارة	موافق	غير موافق
61	يجب عدم تعليم الأطفال السباحة.		
62	أفعل دائماً كل ما هو صحيح.		
63	أشعر بقلق داخلي في الغالب.		
64	عندي طفل يتعرض للأمراض كثيراً.		
65	أحياناً لا أحب الطريقة التي أتصرف بها.		
66	أفشل أحياناً في الوفاء بالوعود والعهود.		
67	يتسبب الناس في إيذائي كثيراً.		
68	يجب أن يظل الطفل نظيفاً.		
69	عندي طفل كثيراً ما يسبب مشكلات ومضايقات.		
70	لا أغضب أبداً من الآخرين.		
71	أكون دائماً على وفاق وتفاهم مع الآخرين.		
72	أفكر غالباً في ما يجب أن أفعله.		
73	أجد صعوبة في الاسترخاء وهدوء الأعصاب.		
74	في هذه الأيام لا نعرف الشخص الذي يمكن الاعتماد عليه.		
75	حياتي سعيدة.		
76	عندي إعاقة بدنية.		
77	يجب أن يكون لدى الأطفال ملابس لعب وملابس حقيقية.		
78	الناس الآخرون لا يفهمون مدى مشاعري وأحاسيسي.		
79	الطفل في الخامسة من عمره ويتبول في فراشه هو طفل سيء.		
80	يجب أن يتمتع الأطفال بالهدوء وحسن الاستماع.		
81	لي عدد من الأصدقاء الحميمين والأعزاء من الجيران.		
82	مسئولية المدرسة الأولى هي تعليم وتربية الطفل.		
83	هناك شجار كثير في العائلة.		
84	أشعر بالصداع.		
85	لقد تعرضت للمعاملة السيئة والإيذاء البدني في الطفولة.		
86	التوبيخ والتعنيف هو العقاب الأفضل.		
87	لا أحب أن يلمسني الآخرون.		
88	كل من يطلب المساعدة إنسان ضعيف.		
89	يجب على الأطفال الاستحمام قبل النوم.		
90	لا أضحك كثيراً.		
91	لي عدد من الأصدقاء الحميمين والأعزاء.		
92	يجب على الناس الاهتمام بحاجاتهم.		

م.	العبارة	موافق	غير موافق
93	أشعر بمخاوف لا يعرف عنها أحد شيئاً.		
94	تواجه عائلتي مشكلات في التفاهم والانسجام.		
95	في الغالب تبدو الحياة عقيمة وغير مفيدة في نظري.		
96	يجب تدريب الطفل على القعاده وهو في السنة الأولى من عمره.		
97	منظر جميل عندما ترى الطفل في بركة من الطين.		
98	الناس لا تفهمني.		
99	أشعر بالتفاهة وعدم القيمة في أغلب الأوقات.		
100	الناس الآخرون جعلوا حياتي تعيسة.		
101	أنا شخص طيب دائماً.		
102	أحياناً لا أعرف سبباً لتصرفي وسلوكي.		
103	عندي مشكلات شخصية كثيرة.		
104	عندي طفل يؤذي نفسه كثيراً.		
105	أشعر بالقلق والانزعاج الشديد في الغالب.		
106	الناس أحياناً يستغلونيي لمصلحتهم.		
107	حياتي سليمة وجيدة.		
108	يجب أن يكون المنزل نظيفاً ولا عيب فيه.		
109	إن مشكلاتي تسبب لي القلق والانزعاج بسهولة.		
110	لا استمع أبداً إلى القيل والقال (الإشاعات).		
111	لم يفهماني أبي وأمي ابداً منذ الصغر.		
112	أشياء كثيرة في الحياة تغضبني.		
113	يعاني طفلي من مشكلات خاصة.		
114	لا أحب معظم الأطفال.		
115	يفضل رؤية الأطفال ولا يجب الاستماع إليهم.		
116	معظم الأطفال متشابهون.		
117	من المهم أن يعرف الأطفال القراءة.		
118	أنا حزين وكئيب في الغالب.		
119	يجب على الأطفال مراعاة واحترام شعور الوالدين.		
120	أنا في الغالب منزعج وقلق.		
121	لا يوجد انسجام وتفاهم بيني وبين الناس.		
122	الطفل السليم يحافظ على نظافة وترتيب ملابسه ولعبه.		
123	يجب أن يكون الأطفال دائماً مصدراً لسعادة الوالدين.		
124	من الطبيعي أن يرد الطفل على الآخرين أحياناً بوقاحة وقلة أدب.		

م.	العبارة	موافق	غير موافق
125	أنا لست منصفاً أو عادلاً مع الآخرين.		
126	أحياناً أستمتع بعدم ضرورة العناية بطفلي.		
127	يجب أن يتمتع الأطفال دائماً بالنظافة والترتيب.		
128	عندي طفل بطئ.		
129	يجب على الأبوين استخدام العقاب في حالة ضبط سلوك الطفل.		
130	يجب على الأطفال عدم إحداث اي متاعب.		
131	أنا عادة أعاقب طفلي عندما يبكي ويصرخ.		
132	يحتاج الطفل إلى قواعد وقوانين صارمة جداً.		
133	يجب على الأطفال عدم مخالفة أو عصيان أوامر الوالدين.		
134	أشعر بأنني أحسن من الآخرين في الغالب.		
135	أغضب أحياناً بسبب الأطفال.		
136	كنت أخاف في الطفولة في أغلب الأحيان.		
137	يجب أن يتمتع الأطفال دائماً بالهدوء والأدب.		
138	أشعر بالقلق والانزعاج في الغالب ولا أعرف السبب.		
139	عملي اليومي يسبب لي القلق والانزعاج.		
140	أحياناً أخشى من أن أطفالي لن يحبونني.		
141	أعيش حياة جنسية سعيدة.		
142	قرأت كتباً ومقالات عن تربية الأطفال.		
143	أشعر بالوحدة الشديدة في الغالب.		
144	يجب على الناس عدم إظهار الغضب.		
145	في الغالب أشعر بالوحدة.		
146	أحياناً أقول كلمات بذيئة وفاحشة.		
147	أعيش قصة حب عميقة في الفترة الحالية.		
148	هناك مشكلات كثيرة في عائلتي.		
149	لا أفعل أي شيء ضار بصحتي.		
150	أنا سعيد دائماً بكل ما أملك.		
151	الناس الآخرون جعلوا حياتي شاقة وعسيرة.		
152	أضحك كل يوم أحيانا.		
153	أشعر بالقلق أحياناً من أن حاجاتي لن تتحقق.		
154	أشعر بالخوف في الغالب.		
155	أحياناً أتصرف بطريقة سخيفة وحمقاء.		
156	يجب أن يحتفظ الشخص بأسراره لنفسه.		

م.	العبارة	موافق	غير موافق
157	لا أرفع صوتي أبداً أثناء الغضب.		
158	تعرضت للضرب والتوبيخ في الطفولة من أبي وأمي.		
159	أحياناً أفكر في نفسي قبل أن أفكر في الأخرين.		
160	أقول الصدق (الحقيقة) دائماً.		

ملحق (2- 1)

يبين اوزان الفقرات لمقياس الإساءة للطفل child abuse

رقم الفقرة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة
3	-	1
5	14	-
7	4	-
9	2	-
13	2	-
14	-	1
17	7	-
18	6	-
19	8	-
22	1	-
23	11	-
24	8	-
25	4	-
26	5	-
28	1	-
29	4	-
32	1	-
36	12	-
38	8	-
39	6	-
41	8	-
45	2	-
47	2	-
49	1	-
52	7	-
54	4	-
56	3	-
63	2	-
67	6	-
68	3	-
69	6	-
73	1	-
74	8	-
75	-	9
76	9	-
77	-	14
78	5	-
80	5	-
81	-	3
83	19	-
84	6	-

رقم الفقرة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة
90	6	-
93	2	-
94	1	-
95	5	-
98	14	-
99	2	-
100	1	-
102	16	-
103	17	-
105	2	-
107	-	5
108	2	-
109	22	-
111	5	-
112	2	-
113	10	-
115	1	-
118	17	-
120	7	-
122	8	-
127	6	-
128	2	-
129	1	-
130	8	-
132	1	-
134	-	2
138	4	-
141	-	5
143	23	-
145	6	-
147	-	3
148	12	-
151	6	-
152	-	13
153	8	-
154	12	-

درجة المقياس = 486

ملحق (2-2)

يبين أوزان الفقرات لمقياس الأسى Distress

رقم الفقرة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة
5	14	-
9	2	-
17	7	-
18	6	-
22	1	-
23	11	-
25	4	-
28	1	-
29	4	-
36	12	-
41	8	-
47	2	-
49	1	-
52	7	-
56	3	-
63	2	-
73	1	-
78	5	-
84	6	-
93	2	-
95	5	-
98	14	-
99	2	-
102	16	-
103	17	-
105	2	-
109	22	-
111	5	-
112	2	-
118	17	-
120	7	-
138	4	-
143	23	-
145	6	-
153	8	-
154	12	-

درجة المقياس = 261

ملحق (2-3)

يبين أوزان الفقرات لمقياس التصلب / الجمود Rigidity

رقم الفقرة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة
7	4	-
19	8	-
24	8	-
26	5	-
32	1	-
54	4	-
68	3	-
80	5	-
108	2	-
115	1	-
122	8	-
127	6	-
130	8	-
132	1	-

درجة المقياس = 64

ملحق (2-4)

يبين أوزان الفقرات لمقياس عدم السعادة Unhappiness

رقم الفقرة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة
14	-	1
38	8	-
75	-	9
77	-	14
81	-	3
90	6	-
107	-	5
134	-	2
141	-	5
147	-	3
152	-	13

درجة المقياس =69

ملحق (2-5)

يبين أوزان الفقرات لمقياس مشكلات مع الطفل والذات Problems with child and self

في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	رقم الفقرة
1	-	3
-	2	45
-	6	69
-	9	76
-	10	113
-	2	128

درجة المقياس =30

ملحق (2-6)

يبين الفقرات لمقياس مشكلات مع الاسرة Problems with family

في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	رقم الفقرة
-	6	39
-	19	83
-	1	94
-	12	148

درجة المقياس =38

ملحق (2-7)

يبين أوزان الفقرات لمقياس مشكلات من الآخرين Problems from other

رقم الفقرة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة
13	**2**	**-**
67	**6**	**-**
74	**8**	**-**
100	**1**	**-**
129	**1**	**-**
151	**6**	**-**

درجة المقياس =24

ملحق (2-8)
يبين أوزان الفقرات لمقياس الكذب Lie

رقم الفقرة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة
12	-	1
34	1	-
35	1	-
44	-	1
46	-	1
57	-	1
62	1	-
66	-	1
70	1	-
106	-	1
110	1	-
146	-	1
149	1	-
150	1	-
155	-	1
157	1	-
159	-	1
160	1	-

درجة المقياس = 18

ملحق (2-9)

يبين أوزان الفقرات لمقياس عدم اتساق الاستجابة Inconsistency

ازواج الدرجات	الاستجابة	أوزان الدرجات
76-3	موفق-موافق	1
	غير موافق-غير موافق	
6-4	موفق-موافق	1
	غير موافق-غير موافق	
9-5	موافق - غيرموافق	1
	موافق - غيرموافق	
41 - 38	موافق - غيرموافق	1
	موافق - غيرموافق	
70 - 44	موفق-موافق	1
	غير موافق-غير موافق	
63 - 52	موافق - غيرموافق	1
	موافق - غيرموافق	
72 - 58	موافق - غيرموافق	1
	موافق - غيرموافق	
65 - 62	موافق - غيرموافق	1
	موافق - غيرموافق	
118 - 75	موافق - غيرموافق	1
	موافق - غيرموافق	
98 – 78	موافق - غيرموافق	1
	موافق - غيرموافق	

ازواج الدرجات	الاستجابة	أوزان الدرجات
94 - 83	موافق - غير موافق موافق - غير موافق	1
158 - 85	موافق – غير موافق موافق – غير موافق	1
141 - 87	موافق – موافق غيرموافق – غير موافق	1
152 - 90	موافق – موافق غير موافق – غير موافق	1
107 - 95	موافق – موافق غيرموافق – غير موافق	1
151 - 100	موافق - غير موافق موافق - غير موافق	1
120 - 105	موافق - غير موافق موافق - غير موافق	1
127 - 122	موافق - غير موافق موافق - غير موافق	1
133 - 124	موافق - موافق غيرموافق – غير موافق	1
145 - 143	موافق – غير موافق موافق - غير موافق	1

درجة المقياس = 20

ملحق (2-10)

يبين أوزان الفقرات لمقياس الاستجابة العشوائية Random response

رقم الفقرة	في حالة استجابة المفحوص بموافق تكون أوزان الدرجة	في حالة استجابة المفحوص بغير موافق تكون أوزان الدرجة
1	1	-
11	-	1
16	-	1
27	-	1
31	-	1
33	1	-
43	-	1
53	1	-
58	1	-
59	1	-
60	1	-
61	1	-
65	-	1
72	-	1
89	-	1
114	1	-
116	1	-
119	-	1

درجة المقياس = 18